BILL RAWLING

Les mille et un défis de la paix :

les praticiens médicaux des Forces canadiennes depuis la Deuxième Guerre mondiale

104-06566/

Les mille et un défis de la paix
Les praticiens médicaux des Forces canadiennes depuis la Deuxième Guerre mondiale

Bill Rawling

Les mille et un défis de la paix
Les praticiens médicaux des Forces canadiennes depuis la Deuxième Guerre mondiale

©Sa Majesté la Reine du Chef du Canada, représentée par le Ministre des Travaux publics et Services gouvernementaux, 2003.

En vente chez votre libraire local ou par la poste auprès
des Éditions du gouvernement du Canada
Communication Canada
Ottawa (Ontario)
KIA OS9
Téléphone : (613) 941-5995
Commandes seulement : 1-800-635-7943 (Canada et É.-U.)
Télécopieur : (613) 954-5779 ou 1-800-565-7757 (Canada et É.-U.)

Internet : http://publications.communication.gc.ca

N° de catalogue : D61-15/2004F

ISBN 0-660-96873-8

Prologue

Lorsque le plus grand déploiement militaire dans l'histoire du Canada prit fin en 1945, plus d'un million de Canadiens avaient porté l'uniforme, dont 42 000 d'entre eux avaient trouvé la mort, tués au combat ou ayant succombé à des blessures ou à des maladies. Et comme cela s'était déjà passé lors de la fin du précédent conflit mondial, la fin des hostilités suscita immédiatement une demande — par ceux qui portaient l'uniforme tout autant que par leurs compatriotes demeurés au pays — pour un retour à une vie normale de temps de paix. L'ordre du jour était à la démobilisation. Ceux qui, par leurs connaissances médicales, avaient soutenu l'effort de guerre, avaient tout aussi hâte que leurs camarades en armes de réintégrer la vie civile. Il est vrai que le carnage leur avait appris des leçons. Plusieurs n'étaient que le prolongement de connaissances accumulées pendant la Première Guerre mondiale concernant, par exemple, les avantages d'un remplacement rapide et approprié du sang et des pertes de fluides à la suite d'une blessure, et la nécessité de débrider, c'est-à-dire de couper des tissus morts, de façon à ce que ces mêmes blessures cicatrisent correctement. Les plus récents développements touchaient l'utilisation de certains composés, en particulier les antibiotiques, de nouveaux anesthésiques et des inoculations, ainsi que la valeur de remettre rapidement un patient sur pied pour accélérer sa réadaptation[1]. Cependant, toutes ces leçons n'étaient pas nécessairement applicables à la médecine civile, et c'était à cette dernière — ou à d'autres occupations non militaires — que voulaient retourner les praticiens médicaux en uniforme.

Au cours de la guerre, des dizaines de milliers de personnes servirent dans le Corps médical royal canadien et dans ses organisations sœurs au sein de l'Aviation royale du Canada et de la Marine royale du Canada. Le plus grand des trois systèmes était celui du Corps médical de l'armée royale canadienne avec, au fil des années, 34 786 recrues dont 598 furent perdues au combat et 107 décédèrent des suites de leurs blessures. Avec un taux de mortalité de moins de trois dixièmes de un pour cent, de

1. G. W. L. Nicholson, *Seventy Years of Service : A History of the Royal Canadian Army Medical Corps*, Ottawa, 1977, p. 253.

loin inférieur à ceux des régiments de l'infanterie ou du Bomber Command, les membres du Corps médical pouvaient estimer que leur service était en quelque sorte plus inoubliable que traumatisant. D'autres sections des armes de combat ayant été moins privilégiées, certains des praticiens médicaux qui avaient servi pendant la guerre ont continué à travailler avec les victimes du conflit, les hôpitaux pour anciens combattants accueillant et traitant 22 000 d'entre eux avant le début de 1946. Toutefois, pour ceux qui ont souhaité garder l'uniforme, les occasions étaient très limitées dans l'immédiat après-guerre, le Corps médical de l'Armée royale canadienne, par exemple, ayant été réduit à une simple unité d'ambulance de campagne et à une école, cette dernière se trouvant à Borden avec des effectifs d'une centaine de personnes[2]. La paix était revenue.

2. *Ibid.*, p. 252, 253, 254.

Chapitre un

La fin d'une guerre

Les historiens du monde industrialisé ont cru qu'il était possible de diviser leur objet d'études en plusieurs parties, soit thématiques comme l'histoire sociale ou politique, soit en fonction de la période de l'histoire, comme le Moyen Âge et la Révolution industrielle afin de mieux les étudier. De telles distinctions sont, bien entendu, artificielles (bien que merveilleusement pratiques quand il s'agit de subdiviser cette discipline en différents cours destinés à un programme universitaire). Dire ainsi que la Deuxième Guerre mondiale s'est terminée en 1945 est tout simplement un moyen de clore un chapitre ou d'en ouvrir un nouveau. Pour les blessés, de corps ou d'esprit, le conflit n'a jamais vraiment pris fin, alors que pour ceux du métier des armes (ou qui réparent les dommages qui en découlent), la guerre est restée un fait permanent, actuel ou potentiel. La période ayant suivi les capitulations allemande et japonaise de 1945, et précédant l'invasion de la Corée du Sud par son voisin du Nord, représente une excellente démonstration de cet état de choses, où même sans batailles la complexité peut être à l'ordre du jour.

Dans une optique plutôt bureaucratique, les dépenses de guerre ne se sont pas arrêtées avec le fin du conflit. Les responsabilités du gouvernement ont continué dans ce que plusieurs appelleraient la période d'après-guerre, d'où la mise sur pied d'institutions telles que le ministère des Anciens Combattants. Comme le médecin visiteur britannique Langdale Kelham l'a relevé après une tournée en Amérique du Nord, les citoyens se sont ligués afin de rappeler leurs responsabilités élémentaires aux élus. « Les Canadiens qui ont perdu un bras ou une jambe au cours de la dernière guerre ont constitué une association très puissante connue sous l'appellation de "*The Amps*", ou amputés de guerre, dont les activités sont partagées entre le politique et le social. Un représentant de l'association rencontre chaque amputé à son débarquement

Un ancien combattant de la Deuxième Guerre mondiale, avec une main artificielle, employé au ministère des Anciens Combattants, à Edmonton, en Alberta. Photo prise en avril 1946. ANC, C 49415.

d'un bâtiment hospitalier, le suit pendant le traitement, visite sa famille et discute avec elle de son avenir, et dès que l'amputé reçoit un membre artificiel qui lui convient, il prend des dispositions pour lui trouver un emploi[1]. » Le bon médecin nota, plus loin, qu'aucune organisation similaire n'existait en Grande-Bretagne.

Ce qu'il n'indiqua pas c'est qu'il était bien plus facile pour les élus, les fonctionnaires et les citoyens d'être concernés par les blessures physiques que par d'autres conséquences de la guerre, particulièrement le trauma psychologique. Pourtant, bien qu'il n'existât pas d'équivalent des amputés de guerre pour les personnes sujettes à l'épuisement au combat, on ne peut pas dire que ses victimes étaient totalement ignorées. Comme le rapporte le Comité de la recherche médicale de l'armée, comité associé du Conseil national de recherches du Canada, « en mars 1944, le colonel J. D. Griffin a demandé une subvention destinée à réaliser un sondage sur la réadaptation civile des soldats réformés pour psychonévrose. Selon les estimations, du début des hostilités jusqu'à ce jour-là, quelque 15 000 militaires avaient été libérés de l'armée canadienne ayant des déficiences psychiatriques de type psychonévrotique. Plus de 500 anciens soldats furent interrogés par des travailleurs sociaux menant des enquêtes minutieuses.

> Des visites personnelles servaient à dresser une évaluation de la réadaptation civile. Dans tous les cas, on tentait d'interroger l'homme lui-même. Des membres de sa famille immédiate étaient également interrogés et,

1. Archives nationales du Canada (ANC), RG 24, v.12, 574, 11/Amputations/1, Report on a Visit of D' Langdale Kelham *et al.*, to Canada and America in February 1944.

> dans plusieurs cas, un contact était établi avec l'employeur. On tentait de recueillir toute information en rapport avec son état de santé, son adaptation sociale et émotionnelle avant son enrôlement. On recherchait les antécédents familiaux quant à la maladie ou l'instabilité émotionnelle. Le travailleur social interrogeait la famille pour tenter d'obtenir une histoire de vie circonstanciée de l'ancien soldat. Une attention particulière était portée sur l'incidence de traits psychologiques névrotiques au cours de l'enfance, les problèmes à l'école, les activités parascolaires, les relations interpersonnelles à la maison, aussi bien que ses centres d'intérêts sur le plan social et ses contacts hors de chez lui. Des informations similaires détaillées étaient obtenues en ce qui concerne son adaptation après qu'il eut été libéré[2].

L'une des conclusions était que « la plupart des cas de névrose étaient d'origine civile. Ils n'auraient probablement jamais dû être admis dans l'armée. Un peu moins de la moitié des hommes examinés après avoir été libérés se sentaient plus mal qu'avant leur engagement. » Clairement, la profession médicale pensait que le problème se trouvait chez les recruteurs, qui n'avaient pas su éliminer ceux qui n'étaient pas psychologiquement adaptés aux rigueurs du combat et de la vie militaire. Le fait qu'un soldat puisse ne posséder qu'une force d'âme limitée, susceptible de s'épuiser avec le temps, était un concept qui n'avait pas encore pris racine.

Cependant, certains patients souffraient de blessures psychologiques à la suite de leur service militaire, mais c'étaient ceux qui souffraient de handicaps physiques qui étaient plus susceptibles d'obtenir le soutien des contribuables, de telle manière que, durant les trois premiers mois de 1946, le nombre des malades hospitalisés dans les hôpitaux pour anciens combattants avait doublé, atteignant 22 000[3]. Même quinze années plus tard, à la suite de la décision de construire le Centre médical de la Défense nationale à Ottawa, la nécessité d'assurer un traitement aux anciens combattants de la Deuxième Guerre mondiale (et, à ce moment-là, de la Corée) restait un sujet d'actualité. Et, selon un officier d'état-major anonyme, qui écrivait en septembre 1961, « en 1954, il a été convenu que l'espace nécessaire sera octroyé au ministère des Anciens Combattants pour s'occuper de ses patients et en prendre soin au Centre médical de la Défense nationale, sur la base du principe que le ministère des Anciens Combattants mène ses propres tâches médicales dans le cadre de l'espace alloué par le MDN. Le MDN devait fournir les services médicaux spécialisés et administratifs que le ministère des Anciens

2. ANC, RG 24, v.312, file 6, History of the Associate Committee on Army Medical Research, 1942-1946, 67-68.
3. G. W. L. Nicholson, *Seventy Years of Service : A History of the Royal Canadian Army Medical Corps*, Ottawa, 1977, p. 253.

Combattants ne pouvait assurer lui-même. Comme on s'attendait à ce que le nombre de patients du ministère des Anciens Combattants soit égal à celui du MDN, on a considéré que les zones affectées au contrôle des patients et au traitement des malades externes seraient partagées sur une base paritaire avec un nombre égal d'effectifs[4] ». Les architectes ont échafaudé leurs plans en fonction de ces données, les victimes de l'entraînement et des opérations courantes partageant les lieux avec les victimes des conflits.

Tout en s'occupant des conséquences de la précédente guerre, des préparatifs étaient en cours pour la prochaine, y compris la formation d'organisations d'état-major chargées de la planification. L'une d'elles était le Defence Medical and Dental Services Advisory Board (Conseil consultatif des services médical et dentaire), autorisé en 1949 « à conseiller le ministre de la Défense nationale sur toutes les questions liées à la planification pour la défense du Canada en cas d'urgence et se rapportant à la prestation de services et aux tâches du personnel hospitalier, médical, dentaire et de soins infirmiers, aux installations et à l'approvisionnement des hôpitaux, et à accomplir les missions en rapport avec ces activités, conformément à ce que le ministre peut ordonner de temps à autre[5] ». Cet organisme ne manquerait certainement pas de gradés. Ses membres comprenaient le Directeur général du Service médical de la Marine royale du Canada, le Directeur général des Services médicaux (un officier de l'armée), le Directeur des Services de la santé de l'Aviation royale du Canada, le Directeur général du Service dentaire, le Directeur général du service de traitement pour le ministère des Anciens Combattants, le Coordonnateur du Service de la protection civile, trois représentants de l'Association médicale canadienne, et un représentant provenant du Conseil canadien des hôpitaux, de l'Association dentaire canadienne, de l'Association des infirmières et infirmiers du Canada, de l'Association canadienne de santé publique, du ministère de la Santé et du Bien-être social, du ministère du Travail, du Conseil de recherches pour la défense, de l'Association médicale de la défense du Canada et de l'Association des dentistes de la Défense nationale du Canada.

L'une des associations représentées, l'Association médicale canadienne, sera souvent mentionnée dans cette étude et mérite, par conséquent, une introduction convenable. Elle a des racines profondes car, selon sa propre histoire, « la première assemblée générale consignée de médecins intéressés par les questions médicales militaires au Canada s'est tenue au

4. ANC, 1998-00220-2, boîte 1, 1901-0, National Defence Medical Centre, Relative Responsibilities and Existing Space Requirements, Department of National Defence-Department of Veterans' Affairs, 19 Sep 61.
5. ANC, RG 24, 83-84-/167, boîte 7717, 20-1-1, pt 1, PC 4291, 24 Aug 49.

moment où se réunissait l'Association médicale canadienne en 1892, à Montréal. À cette occasion, le nom retenu fut « Association des officiers médicaux de la milice canadienne. » Cette association s'est réunie régulièrement pendant un certain nombre d'années, mais à partir du moment où elle consacra une partie de son énergie à critiquer le manque d'adaptation de l'administration médicale militaire, elle ne fut pas soutenue par ceux qu'elle critiquait et elle cessa de se réunir. » Une nouvelle association fut constituée en 1907. Après plusieurs changements de noms, elle devint, trente ans plus tard, l'Association médicale de la défense du Canada. Son rôle était « d'encourager le développement et l'efficacité des Services médicaux des forces armées canadiennes » en « soumettant aux autorités compétentes des recommandations et des suggestions susceptibles, selon l'Association, d'améliorer l'efficacité des Services médicaux », en « maintenant une coordination entre les membres des Services médicaux et la profession médicale », et « en travaillant en tant qu'organisme responsable par l'intermédiaire duquel les Forces canadiennes pourront diffuser les connaissances en matière médicale en rapport avec la défense du Canada[6]. »

Pour ce qui est du Comité consultatif du Service de santé et du service dentaire de la défense d'après-guerre, la profondeur et l'ampleur des questions qu'il aurait à traiter, lui-même ainsi que d'autres organismes, étaient presque infinies. Pour en donner un seul exemple, en septembre 1950, le Brigadier L. Coke, Directeur général du Service médical (de l'Armée), indiqua avoir reçu un questionnaire du Congrès international de la médecine et de la pharmacie militaires sur le problème du personnel médical qui pourrait être fait prisonnier de guerre au cours d'un conflit. « L'article 28 de la Convention de Genève de 1949 stipule que les médecins militaires qui tombent aux mains de l'ennemi peuvent être retenus seulement dans la mesure où les besoins des prisonniers de guerre le requièrent », raconta-t-il, et « ceux dont la rétention n'est pas nécessaire seront libérés. La puissance détentrice n'est en aucune façon dégagée de son obligation touchant au bien-être médical des prisonniers de guerre[7]. » Déterminer quels étaient les praticiens médicaux dont on avait besoin dans les camps et lesquels pouvaient être renvoyés chez eux n'était pas une mince affaire, et cette question n'en était qu'une parmi des centaines d'autres que les officiers d'état-major et les dirigeants des forces armées devaient résoudre.

L'une d'entre elles concernait la possibilité d'une guerre nucléaire, une éventualité que les praticiens médicaux militaires considérèrent peu

6. ANC, MG 28, I157, DMA, v 2, Minutes of Annual Meetings, 1966.
7. ANC, RG 24, 83-84/167, boîte 7717, 20-1-1, pt 2, Brig L. Coke, DGMS, to Sec ISMC, 22 Sep 50.

après les bombardements de Hiroshima et Nagasaki. Pour obtenir des informations à ce sujet, le ministère de la Défense nationale se tourna vers ses voisins du Sud, reprenant un document intitulé *Acute Total Body Radiation Illness, Its Role in Atomic Warfare and Its Influence on the Future Practice of Military Medicine* (Maladie due à la radiation totale de l'organisme, son rôle dans la guerre atomique et son influence sur la pratique future de la médecine militaire). Comme dans tout exercice analytique, le sujet fut discuté dans des termes qui, bien qu'objectifs, évoquèrent quand même la nature de l'holocauste auquel ses lecteurs pourraient faire face. « Le cas occasionnel et accidentel d'une maladie provoquée par une exposition majeure aux rayonnements et les milliers de cas qui pourraient se produire à la suite de l'explosion d'une bombe atomique posent deux problèmes totalement différents. Cela est dû au fait que les victimes militaires présentent un problème médical unique, l'objectif primordial étant le retour des hommes à leur mission, afin de maintenir la force de combat à son maximum. Ce but est atteint lorsqu'on prend soin, avant tout, de ceux qui sont les moins gravement atteints afin de les ramener en service. Sont soignés ensuite ceux qui ont une chance raisonnable d'être sauvés, tandis que ceux qui sont mortellement touchés reçoivent des traitements palliatifs aussi rapides que pratiques[8]. »

Une telle approche était justifiée, « la nation que le praticien défend se trouvant en danger de mort et la nécessité militaire étant suprême. Ainsi, le devoir premier du service médical, comme de tout autre service, est d'aider à gagner la bataille et la campagne. Même le traitement des soldats malades et blessés n'est pas la fonction la plus importante du médecin militaire », suggérait le document. Cependant, il concéda que « le médecin militaire devrait être la dernière personne à minimiser ce rôle honorable, parce que le fait de prendre soin des combattants malades et blessés est un facteur qui adoucit la sinistre entreprise de la guerre ». En ce qui concerne les aspects précis touchant au traitement des victimes des irradiations, « le problème crucial est la répartition rapide et rigoureuse des victimes en trois catégories selon l'importance de la radiation reçue… Sans cette répartition et sans le réconfort qui devrait être assuré à ceux qui ont une chance de survivre, il est fort à craindre que s'installent la panique et le chaos complet. Avec la répartition et le réconfort, un groupe important peut être sauvé pour poursuivre le travail essentiel[9]. »

8. ANC, RG 29, v.674, 108-1-12, Acute Total Body Radiation Illness, Its Role in Atomic Warfare and Its Influence on the Future Practice of Military Medicine, nd.
9. *Ibid.*

Afin de se tenir prêts pour une éventuelle guerre nucléaire aussi bien que pour l'utilisation d'armes biologiques et chimiques, les analystes ont estimé que se préparer au prochain conflit nécessitait une quasi-mobilisation en temps de paix. Un article rédigé en 1952 par le Brigadier-général A. Sachs en fournit un bon exemple. L'article suggérait que « les armes utilisées dans les guerres modernes et scientifiques visent à causer des destructions massives, et ont créé des problèmes médicaux d'une ampleur jusqu'alors jamais vue… Si les ressources médicales du pays doivent être efficaces, il faudrait qu'il y ait une coordination totale entre les services médicaux, la protection civile et les forces armées. La planification de la protection civile avant le début des hostilités doit viser à minimiser les effets de la guerre moderne sur la population civile. » Après une attaque nucléaire, par exemple, les praticiens médicaux n'auraient pas seulement à faire face à « un grand nombre de blessés » mais auraient à s'occuper de « la prévention de nouvelles victimes du fait des irradiations résiduelles et de la contamination des provisions de nourriture et d'eau[10] ».

L'attention devrait se porter, en premier lieu, sur les victimes des irradiations, l'expérience japonaise ayant montré qu'une sélection pouvait être effectuée. D'abord venaient « ceux recevant une dose d'irradiation mortelle. Dans ce genre de cas, des vomissements graves et une diarrhée se produisaient entre une et trois heures, la fièvre et un amaigrissement très sensible dans la semaine, à la fin de laquelle la majorité des victimes étaient décédées, bien que certains aient survécu au-delà de deux semaines. » Ensuite venaient « ceux qui ont reçu une grande dose, mais pas nécessairement mortelle. Le déclenchement des symptômes commençait à la fin de la deuxième semaine suivant l'exposition. Ils consistaient en une perte d'appétit, un malaise, une diarrhée et une certaine perte de poids, ainsi qu'une perte de cheveux. La guérison dépendait en grande partie de la bonne qualité des soins infirmiers. » Finalement, on retrouvait « ceux qui ont reçu une faible dose. Les symptômes de ce dernier type apparaissaient assez faiblement après la deuxième semaine ou alors étaient entièrement absents. » Afin de pouvoir établir la distinction entre les trois groupes, « un examen du sang des victimes en comptant les différents types de cellules sanguines donne une indication juste de la sévérité de la maladie et permet de vérifier son état d'avancement. L'évaluation du degré d'irradiation et les transfusions figurent parmi les principaux problèmes médicaux » étant donné, sans doute, la pénurie de sang et de produits sanguins à laquelle on pouvait s'attendre[11].

10. ANC, MG 31, I7, Sneath Papers, v.3, Papers Circulated to Members, n° 20.
11. *Ibid.*

Les menaces propres à d'autres armes de destruction massive ne paraissaient pas aussi imminentes, Sachs suggérant que quant à la guerre biologique « les revendications les plus déraisonnables et les plus irréalistes avaient été faites », alors que « les mesures défensives contre les agents de la guerre biologique doivent être basées sur les principes fondamentaux de la santé publique pour la prévention de la propagation de la maladie », comme la mise en place d'installations de détection et d'identification des agents biologiques. La première ligne de défense, en fait, consisterait en l'utilisation de vêtements protecteurs et de masques à gaz, la deuxième ligne étant la prévention de la maladie après l'infection grâce à l'immunisation. En ce qui a trait à la guerre chimique, les « agents chimiques, représentent non seulement une menace en temps de guerre, mais ils peuvent également constituer un sérieux risque industriel en temps de paix », comme l'empoisonnement par le DDT. Des agents neurotoxiques plus modernes formaient une catégorie à part, bien que même alors « il a été prouvé que l'administration précoce d'atropine était le meilleur genre de traitement, mais il est bien souligné que cela doit être administré sans hésiter. À partir du moment où l'atropine est le principal agent thérapeutique, une posologie exacte devrait être disponible sous une forme prête à être utilisée, telle une seringue pour l'auto-injection. La respiration artificielle peut être nécessaire pour restaurer une respiration naturelle après un empoisonnement grave[12]. »

Pour déterminer si les forces armées seraient confrontées à de telles armes, les praticiens avaient besoin d'informations précises. Mais dans le climat de paix qui régnait dans les premiers temps de l'après-guerre, les capacités de recueillir de telles données étaient, au mieux, minimes et dépendaient fortement des liens personnels entre les praticiens médicaux. Par exemple, en mai 1948, le commodore de l'air R. C. Gordon, qui faisait partie de l'état-major interarmées canadien à Washington, fournit une liste des rapports qui avaient été transmis au ministère de l'Aviation britannique par l'état-major de l'aviation (médical) de la Mission britannique des services interarmées. Bien plus, il prit des mesures en vertu desquelles des listes mensuelles seraient mises à la disposition du Commandement des forces aériennes à Ottawa. « Si, après examen, les rapports transmis au ministère de l'Aviation vous paraissent présenter un intérêt pour l'Aviation royale du Canada, faites-le savoir, et des dispositions seront prises pour vous les faire parvenir[13]. » Ce genre d'activités n'était pas cantonné exclusivement là où des officiers supérieurs des armées alliées se fréquentaient. En 1949, le colonel d'aviation F. A.

12. *Ibid.*
13. ANC, RG 24, v.5386, 47-13-1, Air Commodore R. C. Gordon, Air Member Cdn Joint Staff Washington, to CAS, 6 May 48.

Sampson, attaché au corps diplomatique canadien à Buenos Aires, indiqua que la presse argentine avait annoncé la publication d'un ouvrage (*Medicina Aeronautica*) par le Dr Humberto A. O. Soldano. De façon intéressante, « il a été constaté que le Dr Soldano est un jeune dentiste militaire faisant partie du personnel médical de l'armée de l'air argentine ». Il fut « un étudiant exceptionnel » à l'Institute of Aviation Medicine canadien en 1947, mais son livre paraissait ne rien contenir que l'Aviation royale du Canada ne savait déjà[14]. C'était plutôt une approche informelle du Renseignement médical, bien que, comme nous le constaterons, de telles opérations gagneraient en raffinement organisationnel après le début de la guerre de Corée.

Jusque-là, les préparations en vue d'un conflit étaient quelque peu incomplètes, que ce soit pour l'apocalypse nucléaire ou pour une forme de guerre plus habituelle, ayant une certaine dimension nucléaire, chimique ou biologique. Dans les cinq ans qui suivirent la fin de la Deuxième Guerre mondiale, les leçons de 1944-1945 étaient de la plus grande importance dans l'esprit des décideurs, ce qui fait que la mise au point de doctrines dans ce domaine en était facilitée. Fondamentalement, le Corps médical envisageait trois types de situations, la confrontation intentionnelle (mieux connue sous le nom de « the advance » ou « l'avance au combat »), la poursuite et le repli, bien qu'un article de 1947 promit que « le recours à des unités médicales au sein des formations d'assaut et aéroportées, ainsi que dans l'Arctique feraient l'objet de communications spéciales ». Le premier scénario étudié, donc, était la confrontation intentionnelle, dans laquelle

> le commandant place certaines unités de personnel, désignées pour servir comme brancardiers régimentaires, et les véhicules qu'il pourrait assigner à l'évacuation des victimes, sous le commandement de l'officier médical régimentaire. Celui-ci établit un Poste de secours régimentaire dans un endroit convenable à proximité du poste de commandement du bataillon, d'où il peut opérer dans les meilleures conditions et où les communications sont disponibles. Il affecte ses ressources aux troupes en action et établit le contact avec l'ambulance de campagne dégageant son poste de secours régimentaire (PSR). Au fur et à mesure du déroulement de la bataille, sa responsabilité inclut le traitement immédiat des victimes, et il déplace son PSR à l'avant ou à l'arrière en fonction de l'évolution de la situation. L'officier médical régimentaire exerce ses fonctions à partir d'un seul emplacement et ne cherche pas à couvrir la totalité de la région de l'unité, une mission qui est, en fait, dévolue aux adjoints médicaux et aux brancardiers. En tout temps, il est prêt à mettre sur pied un PSR à l'aide de tout matériel pouvant être transporté à la main à l'endroit voulu, s'il est impossible d'envoyer des véhicules dans un emplacement conve-

14. ANC, RG 24, v.5386, 47-13-1, G/C F. A. Sampson, Air Attache Buenos Aires, to CAS, 18 Jul 49.

nable. Les brancardiers effectuent la plupart du transport des victimes vers le PSR, bien que d'autres moyens puissent être parfois utilisés. Ces moyens comprennent des ambulances Jeep, des porteurs, des semi-chenillés, des véhicules blindés à quatre roues et des kangourous (transports de troupes blindés). La responsabilité de recueillir les victimes du PSR incombe à l'ambulance de campagne[15].

D'ailleurs, « il est d'usage d'allouer des parties de l'ambulance de campagne en soutien plus ou moins permanent aux unités individuelles... des parties de l'ambulance de campagne maintiennent le contact avec le PSR qu'elles évacuent et avec le poste de secours avancé (PSA) vers lequel elles évacuent. Elles se trouvent au point le plus avancé auquel un véhicule lourd pourrait accéder. »

Le poste de secours avancé était une unité autonome quelque part derrière le PSR et le poste d'évacuation des blessés (PEB), ce dernier marquant le détachement le plus avancé de l'ambulance de campagne. Pour ce qui est du PSA, « l'emplacement choisi doit être suffisamment éloigné vers l'arrière pour être hors de portée des armes d'infanterie mais suffisamment proche du PEB pour que les patients n'aient pas à effectuer un trajet long et inconfortable avant de recevoir les soins médicaux les plus appropriés, qui peuvent être assurés à ce niveau. Des routes en bon état sont nécessaires. » Plus à l'arrière se trouvait l'Infirmerie de campagne qui, non seulement procurait plus de soins aux blessés évacués du front, mais pouvait également entreprendre des tâches spécialisées, devenant un centre de traitement pour les maladies transmises sexuellement (MTS) ou pour l'épuisement au combat, pour ne donner que deux exemples. Elle pouvait aussi constituer la section des admissions et des sorties à l'intérieur d'un PEB, ce dernier étant essentiellement un petit hôpital, ou une installation combinée comparable à un centre chirurgical avancé, avec des équipes chirurgicales de campagne et une équipe de transfusion sanguine. (Une seule équipe de transfusion était considérée capable de soutenir deux équipes chirurgicales[16].)

Du point de vue de l'organisation de base, les autres phases de guerre, soit la poursuite et le repli, étaient les mêmes que pour l'avance au combat, sauf que quelques complexités devaient être prises en ligne de compte. En donnant la chasse à un ennemi, le mouvement peut être rapide, de telle façon que le Directeur adjoint des services de santé, qui travaillait à partir du quartier général divisionnaire, devait garantir qu'en tout temps au moins une unité médicale était prête à recevoir des victimes, alors que d'autres emballaient leur équipement, avançaient et

15. ANC, MG 28, I 157, Canadian Defence Medical Association, v.15, DMA, RCAMC Tactical Doctrine.
16. *Ibid.*

s'installaient. « Cela signifie habituellement que l'ambulance de campagne se déplaçait derrière la première brigade et, à l'occasion, derrière le premier bataillon », avertit l'article de 1947, l'infirmerie de campagne gardant une section en opération tandis qu'une autre se déplaçait. Ainsi, là où une infirmerie de campagne faisait partie d'un centre spécial, il pouvait laisser ses patients atteints de MTS, d'épuisement au combat ou d'autres patients avec une section à l'arrière alors qu'il avançait en compagnie des équipes de chirurgie et de transfusion. Dans le cas d'un repli, on attendait de chaque unité médicale qu'elle évacue vers l'arrière toutes les victimes qui pouvaient être déplacées, les stocks et le personnel étant laissés avec les autres « afin d'éviter des souffrances excessives[17] ».

L'accent était ainsi mis sur la flexibilité et, pour mener de telles opérations, une ambulance de campagne nécessitait une douzaine d'officiers, 16 sous-officiers supérieurs et 203 soldats, pour un effectif total de 231 personnes ; le matériel comprenait 9 motocyclettes, 17 voitures, 28 camions et 6 remorques. Les effectifs d'une infirmerie de campagne s'élevaient à 7 officiers, 10 sous-officiers supérieurs, 105 soldats, pour un total de 122. Un poste d'évacuation des blessés était constitué de 37 officiers, dont 21 étaient des infirmières militaires, et 128 sous-officiers et soldats, alors qu'une compagnie d'hygiène de campagne avait un personnel de 223, une équipe de transfusion de campagne 4 membres, une équipe chirurgicale de campagne 10, et une équipe de traitements spécialisés, 9. L'Armée avait aussi des effectifs pour une équipe ophtalmique mobile, une équipe mobile d'oto-rhino-laryngologie, une équipe de chirurgie maxillo-faciale, une équipe mobile de neurochirurgie, un dépôt avancé de stocks médicaux, un centre de convalescence et de réadaptation et une banque de sang avancée[18]. Cette combinaison de flexibilité face à la complexité va caractériser l'organisation médicale au sein des armes combattantes du Canada pour la totalité de la période étudiée dans ce récit.

La complexité fut évidente aussi dans le domaine de la logistique. Une simple civière pouvait retenir l'attention du Comité médical interarmes, une organisation groupant des officiers supérieurs de l'Armée, de la Marine et de l'Aviation pour discuter des questions d'intérêt commun. Comme l'indiqua le secrétaire du comité au Comité des directeurs du personnel, un organisme qui traitait des questions relatives au personnel plus généralement, « un besoin urgent se fait sentir dans les trois services pour une civière conforme aux normes communes et convenant à la fois aux véhicules et aéronefs britanniques, américains et canadiens[19] ».

17. *Ibid.*
18. *Ibid.*
19. ANC, RG 24, 83-84/167, 20-1-1, pt 2, S/L J. W. T. VanGorder, for Sec ISMC, to Sec PMC, 18 Oct 50.

La « cadillac » des ambulances, de l'Armée canadienne, Ottawa, décembre 1953. ANC, PA 113881.

Des situations embarrassantes s'étaient produites durant la Deuxième Guerre mondiale quand les civières d'un service ne pouvaient être placées dans les moyens de transport d'un autre, que ce soit un camion, un navire ou un aéronef. (Pendant le raid désastreux sur Dieppe en août 1942, les unités de l'Armée trouvaient difficile de charger leurs civières sur les péniches de la Marine.) Le problème avec les ambulances était différent, puisqu'elles ne faisaient tout simplement pas l'affaire, les plaintes ayant trait, entre autres, à « une suspension dure et un inconfort sérieux pour le patient. Des incidents, particulièrement dans des cas de fractures, ont été mentionnés pour signaler que la guérison avait été retardée ou même compromise. » Un autre problème : « l'incapacité de chauffer l'ambulance adéquatement par temps froid. Garder le patient au chaud est d'une importance suprême. » Aussi, « pour une utilisation normale en temps de paix, la grande ambulance sur roues présentement en service est encombrante et généralement mal adaptée. Les petites, genre fourgon en service, sont totalement inappropriées pour le transport des patients malades. » Finalement, « la majorité des ambulances actuelles ont été acquises au cours de la Deuxième Guerre mondiale. Cela nécessite soit de les remplacer assez rapidement ou d'effectuer des réparations coûteuses[20]. » Le Comité médical interarmes a convenu que la Cadillac 86-491, qui coûtait 8000 $, faisait l'affaire, bien que le Comité des principaux officiers d'approvisionnement, responsable de procurer de tels articles, ait proposé que le Comité médical interarmes fournisse un ensemble de spécifications plutôt que de choisir un véhicule en particulier.

20. ANC, RG 24, 83-84/167, boîte 7717, 20-1-1, pt 2, Lt S. T. Richards, Sec ISMC, to Sec PMC, 27 Mar 50.

Une ambulance 4 x 4, tout-terrain, 6 mars 1953. ANC, PA 67331

Cependant, le service de santé a vite découvert que ses responsabilités en temps de paix couvraient deux sphères, le champ de bataille et la garnison, ce qui compliquait des choses telles que l'allocation d'ambulances. Comme le secrétaire du Comité des principaux officiers d'approvisionnement l'avertit, « les membres étaient convaincus qu'un seul véhicule ne pouvait satisfaire les exigences d'une utilisation à la fois en garnison et en campagne, et ont admis que les modèles des ambulances de campagne actuellement en service ne convenaient pas du tout pour une utilisation en garnison continue, non seulement à cause du modèle mais en raison de leur vétusté et de leur kilométrage[21] ». Il estima que la Pontiac « satisferait toutes les exigences » pour une utilisation de type civil. Évidemment, se procurer des ambulances impliquait que les branches médicales devaient assumer deux rôles principaux, l'un assurant des soins de santé de type civil, et l'autre étant exclusivement consacré aux opérations militaires et à la formation.

La géographie même du Canada venait ajouter à cette complexité, le pays n'ayant découvert que tout récemment qu'il avait des régions septentrionales qu'il aurait un jour à défendre. En mai 1950, le Directeur général des Services de santé pour l'Aviation royale du Canada présenta un rapport sur un exercice récent appelé *Sweetbriar*, au cours duquel une motoneige Bombardier avait servi d'ambulance. L'Armée, pendant ce temps, avait adopté un véhicule similaire appelé *The Penguin*, et le Comité médical interarmes avait accepté, en principe, qu'« une ambulance de neige pour les trois services était nécessaire[22] ».

21. ANC, RG 24, 83-84/167, boîte 7717, 20-1-1, pt 2, S/L A. W. Robinson, Sec Principal Supply Officers Committee, to Sec PMC, 22 Sep 50.
22. ANC, RG 24, 83-83/167, boîte 7717, 20-1-1, pt 2, S/L J. D. Duncan, Sec ISMC, to Sec PMC, 29 May 50.

Il n'était pas plus facile, non plus, de régler des questions touchant à des articles plus petits, tels les médicaments, seringues et autres provisions, d'où le besoin de mettre en place des unités spécialisées appelées dépôts de matériel médical (*No 1 Central Medical Stores*). Le Dépôt central de fournitures médicales nº 1, par exemple, était situé à Ottawa et, à partir de 1946, comprenait 3 officiers, 27 sous-officiers et soldats et 3 civils. Cette année-là, la nature du défi auquel le dépôt central a fait face devint évidente lorsque « le troisième étage du *Cereal Building* "céda" sous le poids des stocks, rendant nécessaire une redistribution de 50 pour cent des provisions à travers l'immeuble, qui devaient être entassées de telle manière qu'elles n'excèdent pas 50 livres au pied carré. » Tôt l'année suivante, des installations plus appropriées avaient été trouvées à l'Aéroport d'Uplands, dans le secteur sud d'Ottawa. Le personnel devait faire la navette en autobus, mais il y avait tout de même quelques avantages « dus au fait que des installations de sports de l'Aviation royale du Canada s'y trouvaient ». Donc, « l'unité a passé un été très agréable à Uplands. Une piscine de ciment, chauffée à la vapeur, était l'attraction principale, mais un grand terrain de sport pour jouer à la balle-molle, au volley ball et à d'autres sports demeurait aussi disponible ». Nouveau déplacement, vers le Parc Plouffe à Ottawa, où, à la fin de la décennie, l'unité « se concentrait sur les provisions médicales retournées par les unités dissoutes au Canada, au Royaume-Uni et en Jamaïque. Ces provisions devaient être revérifiées, classées par catégories et empaquetées pour une disposition ultérieure à la Corporation des biens de guerre. » Des trousses d'équipement de campagne pour les trois services avaient été également préparées[23].

À la fin de la Deuxième Guerre mondiale, l'Armée disposait de dépôts à Montréal, Toronto, Winnipeg et Vancouver, aussi bien qu'à Ottawa, alors que la Marine en avait deux, à Esquimalt et Halifax, et l'Aviation un seul, en Angleterre. Ensuite, « entre 1956 et 1960, les Dépôts régionaux de matériel médical (DRMM) furent construits afin d'accueillir les stocks médicaux du ministère de la Défense nationale et des Services d'urgence de santé (Canada). Le choix des emplacements fut le fruit d'un accord entre Santé et Bien-Être social Canada (SBSC) et le MDN, de telle façon qu'ils soient loin des villes cible, hors de portée d'éventuelles attaques nucléaires et jouissant de la sécurité d'une base militaire. Ainsi, les anciens dépôts furent déménagés et, après 1960, les DRMM se trouvaient à Debert, Valcartier, Borden, Shilo, Calgary et Chilliwack, avec un Dépôt central de matériel médical (DCMM) à Petawawa[24]. »

23. Direction – Histoire et patrimoine (DHH), 1326-1910, Historical Report nº 1 Central Med Stores, 29 Jun 49.
24. DHH 1326-1211, RMED Debert, Annual Historical Report, 27 Mar 95, In Commemoration of 31 Years of Service to Mariant Region.

Ce dernier, en l'occurrence, le Dépôt central des fournitures médicales avait quitté Ottawa en 1960. La portée de ses opérations et de ses responsabilités pouvait être mesurée à l'ampleur du déménagement car « le transfert des provisions et d'équipements du DCMM n° 1, d'Ottawa au Camp Petawawa, nécessita 70 jours ouvrables et impliqua le transport de 3 796 562 livres. Pour transporter cette quantité de matériel, il a fallu 16 véhicules du MDN, 159 remorques de transport Smith et 12 wagons couverts et wagons plats d'affrètement du Canadien Pacifique[25]. »

Il en allait du personnel comme du matériel, et si acquérir des ambulances était compliqué par le fait que le service de santé tenait plus d'un rôle, les médecins militaires eux servaient dans plus d'une institution. Un médecin (tous des hommes) qui intégrait les forces armées devait être agréé dans une province canadienne, son employeur devait donc être parfaitement conscient des responsabilités supplémentaires que cela plaçait sur ses épaules. Sur le problème de la négligence professionnelle, par exemple, un cas survenu en 1946 mit en évidence une question plutôt importante. Lorsqu'« un ancien combattant a intenté une action en justice contre deux officiers médecins pour négligence professionnelle présumée, alors que les deux étaient dans le service, on a décidé que le service ne participerait pas à leur défense[26] ».

Le juge-avocat général, responsable des affaires légales, a exprimé l'avis, en 1947, qu'« étant donné qu'aucun contrat n'existe entre un médecin militaire et un patient du service, le patient ne peut intenter une action en justice pour violation de contrat. Si, toutefois, un médecin militaire fait preuve de négligence dans le traitement d'un membre des forces, il est responsable sur le plan civil pour tout préjudice découlant d'une telle négligence… La défense, dans une action éventuelle de ce genre, relève de la responsabilité personnelle du médecin militaire concerné. » Le Comité médical interarmes, par conséquent, a estimé que « les médecins militaires devraient être placés dans une position telle qu'ils puissent se protéger eux-mêmes, soit par l'intermédiaire d'une assurance commerciale, soit alors dans le cadre d'une affiliation à une association comme l'Association canadienne de protection médicale. Afin d'obtenir une telle protection, les médecins militaires devraient avoir un permis d'exercer dans la province dans laquelle ils sont en train de servir ». Cependant, les règlements différaient d'une juridiction à l'autre[27].

25. DHH, 1326-1910, No 1 Central Medical Equipment Depot, Annual Historical Report, 10 Jan 61.
26. ANC, RG 24, 83-84/167, boîte 7717, 20-1-1, pt 1, LCol C. G. Wood to Sec Personnel Members Ctee, 19 Sep 47.
27. ANC, RG 24, 83-84/167, boîte 7717, 20-1-1, pt 1, DMS to Command MOs, 8 Sep 47.

De tels pièges n'aidaient pas au recrutement, étant donné notamment la perception générale parmi les médecins selon laquelle travailler pour les forces armées imposait des sacrifices au niveau du revenu et des occasions d'avancement. En septembre 1946, un an après la fin de la Deuxième Guerre mondiale dans le Pacifique, le Comité médical interarmes se réunissait pour examiner la question. Il insista sur le fait que « le Comité est toujours d'avis que le manque de candidats au service de santé est dû, de manière directe, aux revenus insuffisants proposés aux candidats. Alors que le Comité est prêt à accepter tout plan qui assurerait au médecin militaire un revenu comparable à celui des médecins travaillant dans d'autres organismes gouvernementaux, il est toujours d'avis qu'une augmentation uniforme de 60 $ par mois pour tous les médecins militaires s'impose si le service tient à attirer le type de médecin capable de faire fonctionner un service médical efficace. Sinon, si les rémunérations devaient rester inchangées, il suggère qu'une prime équivalente soit versée aux membres du service médical à la fin de chaque année complète de service. Une telle prime se chiffrerait à 720 $ par an et, après un certain nombre d'années, récompenserait le médecin pour sa formation spécialisée[28]. »

Dans un appendice, le comité nota que les salaires proposés par les municipalités étaient compris entre 4000 et 6000 $ par an, bien que la municipalité de Carragana, en Saskatchewan, offrit 9000 $. En plus d'une augmentation des rémunérations, il proposa que des périodes de service de courte durée, soit de trois à cinq ans, soient instituées, les médecins n'ayant plus alors à prendre des engagements à long terme. Et, bien qu'il ne recommanda pas de former des médecins militaires aux frais de l'État, il convint que la formation continue professionnelle devrait être assurée pendant leur service. En outre, le Comité des directeurs du personnel qui, entre autres, était responsable des questions de santé, recommanda que, « dans le but d'attirer la meilleure catégorie de diplômés des écoles médicales canadiennes au service, il est estimé qu'une fois la question de la rémunération réglée, les services des médecins militaires devraient être organisés de sorte qu'au moins un tiers de leur temps soit consacré au travail en clinique[29] ». Ce dernier, dans les hôpitaux, était considéré comme essentiel pour la professionnalisation et l'avancement professionnel. Le reste de leur temps serait passé dans des activités telles qu'effectuer des examens médicaux et rester de garde pour les urgences.

Plus de quatre ans plus tard, le recrutement ne s'était pas amélioré, en dépit d'une étude de l'Aviation royale du Canada comparant favo-

28. ANC, RG 24, 83-84/167, boîte 7717, 20-1-1, pt 1, Minutes of a Meeting of the Inter-Service Medical Committee, 4 Sep 46.
29. ANC, RG 24, v.7755, Minutes of the 71st Meeting of the Personnel Members Committee, 12 Mar 46.

rablement les revenus (après déduction des frais de bureau et de la dépréciation de l'équipement) entre les médecins civils et ceux du service. Cette étude a montrée qu'à 51 ans, un médecin militaire de l'Aviation aurait gagné 162 660 $, alors que les gains de son collègue civil n'auraient été que de 158 540 $[30]. Mais il se peut que le long terme n'ait pas fait partie des préoccupations des jeunes praticiens médicaux, ou que la méthodologie statistique de l'ARC ait été imprécise. En mai 1951, un comité concluait que le manque de médecins militaires s'expliquait par le fait que « les taux de rémunération dans le service sont inférieurs à ceux qui peuvent être obtenus ailleurs ». De même, « l'actuelle structure des grades n'assure pas une position dans le service qui soit correspondante à celle qu'un médecin occuperait dans la vie civile, ni ne garantit l'assurance d'une carrière raisonnable », et que « les jeunes médecins estiment que le service n'offre pas d'occasions suffisantes pour ce qui est du travail en clinique ». Afin de mieux saisir la question, le comité examina « le taux de rémunération des médecins militaires comparé au revenu des médecins civils », « la structure des grades pour les médecins militaires », « la promotion des médecins militaires dans le service », « les règlements relatifs à l'octroi de subventions universitaires pour les médecins militaires », « les règlements touchant à l'âge de la retraite des médecins militaires » et « la formation professionnelle et l'expérience des médecins militaires[31] ».

Sur la question des rémunérations, il choisit de mettre de côté des études précédentes en notant que « la preuve valable que les taux de rémunération du Service pour la profession médicale sont inférieurs à la moyenne civile est le fait qu'il existe une sérieuse pénurie de médecins dans les forces armées », suggérant que la paie pour supplément de responsabilité de 60 $ soit portée à 100 $. Pour rendre la possibilité d'un avancement plus attrayante, il recommanda la création de postes supplémentaires aux niveaux plus élevés des grades, relevant que la Marine avait 3,5 médecins militaires pour 1000 personnes, l'Armée 4 et l'ARC 3,5. De même, il jugea appropriée la promotion au rang de commandant d'aviation ou son équivalent (major dans l'Armée et capitaine de corvette dans la Marine) après cinq ans. Quant à l'octroi de subventions universitaires, le comité découvrit que la décision de ne pas inclure les frais et les livres dans les mesures globales de soutien des forces armées avait incité certains candidats à abandonner et à aller voir ailleurs, alors que la période longue d'éducation professionnelle faisait apparaître que

30. ANC, RG 24, 83-84/167, boîte 7717, 20-1-1, pt 3, S/L S. S. Farrell, A/Sec ISPC to Sec PMC, 30 Apr 51.
31. ANC, RG 24, 83-84/167, boîte 7717, 20-1-1, pt 3, A/C F. G. Wait, Chair Ad Hoc Ctee, to Sec PMC, 9 May 51.

l'âge de la retraite, fixé à 51 ans, était trop bas. (Ce dernier règlement était appliqué à ceux qui atteignaient le grade de lieutenant-colonel d'aviation ou l'équivalent — ce genre de règlement variait en fait d'un grade à l'autre.) Finalement, afin que l'Armée, la Marine et l'Aviation deviennent plus attrayantes, on suggéra de maintenir le système, qui consistait à offrir une année de formation postuniversitaire pour chaque cinq années de service. Finalement, le Comité recommanda « une rotation des médecins militaires dans le cadre de nominations de service, afin d'assurer la meilleure expérience professionnelle, et un réexamen du principe régissant les soins dévolus aux personnes à charge des deux sexes, en vue de fournir des occasions pour une expérience plus générale que celle disponible dans les présentes conditions[32] ».

Le rapport du comité *ad hoc* fut bien accueilli. Le Comité des directeurs du personnel l'accepta sans réserve, ajoutant toutefois qu'« il faudrait reconnaître que les recommandations citées plus haut ont été faites pour l'unique raison qu'il y a une pénurie de médecins militaires et, si le principe est accepté, il devrait être entendu que ce même principe devrait être appliqué dans les autres branches, comme l'électrotechnique, etc., si des officiers y manquent[33] ». Également acceptable, principalement à cause de la pénurie de médecins militaires, fut une campagne de recrutement à l'étranger, notamment en Grande-Bretagne. C'est ainsi que Sandy Watson, de l'ARC, « annonça au directeur général des Services médicaux et des services de santé (Aviation) qu'il pourrait persuader vingt personnes, récemment diplômées de médecine en Écosse, d'immigrer au Canada pour se joindre à la Branche des services de santé de l'ARC ». Les diplômés en médecine de Grande-Bretagne, affirma-t-il, sont obligés d'accomplir deux ans de « service national » au sein des forces armées britanniques, dont la rémunération était très peu élevée. « En quatre semaines, Sandy fut capable de convaincre trente diplômés médicaux écossais de se joindre à l'ARC et de venir au Canada. Leur service médical fut excellent et quatre-vingt pour cent d'entre eux restèrent ici et devinrent citoyens canadiens[34]. »

À cette époque, on ne recrutait pas les femmes, sans doute parce qu'elles avaient leurs propres perceptions quant à leur admission dans les forces armées, et sans doute aussi parce que les recruteurs avaient leur propre opinion concernant le fait d'avoir des femmes médecins dans leurs branches médicales. Pourtant, aucun obstacle légal n'empêchait les femmes de joindre les forces armées en tant que médecins. En 1951,

32 *Ibid.*

33 ANC, RG 24, 83-84/167, boîte 7717, 20-1-1, pt 3, MGen W. H. S. Macklin, Chair PMC, to Sec Def Council, 14 May 51.

34 Harold M. Wright, *Salute to the Air Force Medical Branch on the 75th Anniversary, Royal Canadian Air Force*, Ottawa, 1999, p. 195.

La lieutenant Elizabeth Hodgson, la lieutenant Margaret Wallbank, et la lieutenant Dorothy Gerow dans le laboratoire de l'école des services de santé, de l'Armée, à Borden, 23 avril 1948. ANC, PA 129103.

le vice-adjudant nota que « l'Armée a reçu une demande d'enrôlement d'une femme médecin. Il s'est demandé si des principes avaient été établis concernant l'enrôlement de femmes médecins et si la Marine et l'Aviation auraient une quelconque objection à une acceptation de cette demande par l'Armée. » Il n'y en avait aucune[35].

C'est en tant qu'infirmières que les femmes se sont jointes aux forces armées en plus grand nombre. Conformément à une ordonnance générale du début du XX[e] siècle, elles servaient avec le grade d'officier. Les normes de recrutement étaient aussi rigoureuses que celles appliquées pour le recrutement des médecins, bien que la rémunération fut similaire à celle de la pratique civile, où les infirmières étaient nettement moins bien payées que les médecins. Ainsi, le recrutement des infirmières posait moins de problèmes que celui des médecins militaires. À la fin de 1948, le sous-ministre de la Défense nationale, W. Gordon Mills, pouvait répondre à une demande de renseignements de l'Association des infirmières et infirmiers du Canada affirmant que « tous les membres des Services des infirmières sont des infirmières diplômées ». Bien que, techniquement, « un membre des forces soit considéré comme étant en service 24 heures par jour », dans la pratique, « les heures de service dans les hôpitaux militaires sont irrégulières et sous le contrôle de l'administration de chaque établissement. Présentement, la règle générale consiste en une journée de 10 heures couvrant une période de 12 heures, avec 2 heures de temps libre. Deux jours de congé sont autorisés chaque

35. ANC, RG 24, 83-84/167, boîte 7717, 20-1-1, pt 3, Extracts from the Minutes of the 315th [?] Meeting of Personnel Members Committee, 1 Mar 51.

deux semaines. » Aussi, « dans les hôpitaux intégrés au ministère des Anciens Combattants, les périodes libres concordent avec celles des infirmières employées par ce ministère. » Pour ce qui est des principes régissant le personnel, « le nombre des infirmières employées par les services est déterminé par les exigences générales de planification », tandis que « des dispositions sont prises par chaque service pour qu'un nombre approprié d'infirmières suive des cours postuniversitaires[36] ».

L'avancement professionnel, du moins au cours de l'immédiat après-guerre, pouvait cependant constituer un sujet de préoccupation. En 1946, le directeur général des Services médicaux de l'Armée avait demandé que le grade de la directrice générale des soins infirmiers de l'Armée soit porté de major à lieutenant-colonel, « dans le but de le rendre équivalent à celui en vigueur dans les Forces navales du Canada (capitaine de frégate) ». Cette capitaine de frégate était une parmi 41 infirmières, alors que son équivalent dans l'Armée était une parmi 72 (l'ARC avait un capitaine d'aviation pour 38 infirmières). « Du point de vue de l'Armée, le grade de major est satisfaisant, sauf quand il est considéré en relation avec le rang des infirmières-major (*matrons*) d'autres services. Il devrait, toutefois, y avoir cohérence dans les grades entre les autres services concernés, et un accord devrait être atteint par le biais du Comité des directeurs du personnel[37]. »

Cependant, ce n'est qu'en 1953 que le problème fut résolu à des échelons plus élevés, lorsque le Comité médical interarmes convint qu'en ce qui concernait l'infirmière chef de la Marine, la directrice générale des soins infirmiers de l'Armée et l'infirmière principale de l'ARC, des postes de capitaine de frégate et de lieutenant-colonel (Armée et Aviation) seraient établis. Toutes devaient être appelées « Infirmières en chef » de leurs services respectifs. Comme le comité l'expliqua, « l'infirmière en chef est responsable de la sélection, de la formation et de la supervision des infirmières, physiothérapeutes, diététiciens et techniciens de laboratoires dans la Force régulière et dans la Réserve ». Aussi, « la dispersion de ces infirmières, dont certaines se trouvent outre-mer, ainsi que la multiplicité des problèmes en rapport avec leurs affectations, leur administration et leur maintenance, posent un problème entièrement différent de celui auquel pourrait faire face une infirmière en chef civile », dont les « infirmières sont employées pour un nombre d'heures fixes et ne subissent ensuite aucun contrôle durant leurs périodes libres, alors que leur administration est une affaire personnelle. » Il fallait également prendre en considération un contexte international. Ainsi,

36. ANC, RG 24, 83-84/167, boîte 7717, 20-1-1, pt 1, W. Gordon Mills, DM, to Gertrude M. Hall, Gen Sec Treas Canadian Nurses Assoc, (draft) 8 Nov 48.
37. ANC, RG 24, 83-84/167, boîte 7717, 20-1-1, pt 1, Capt C. H. Graham, EA to AG, to Sec PMC, 22 Aug 46.

> vu les engagements croissants des Forces canadiennes, une comparaison a été établie avec d'autres pays du Commonwealth, et avec les États-Unis, en ce qui a trait à la structure des grades des services infirmiers, et il a été décidé que les [grades dans les] services canadiens étaient proportionnellement bas…
>
> Selon le Directeur général-Services médicaux (Armée), à l'hôpital du Commonwealth à Kure, au Japon, est affectée une infirmière en chef britannique lieutenant-colonel, et une infirmière en chef australienne lieutenant-colonel. Chaque section est sous la garde d'une infirmière-major. L'infirmière en chef canadienne à l'hôpital est une capitaine…
>
> Les membres ont convenu que cette différence dans les grades supérieurs, à la fois au pays et à l'étranger, fait que la liaison et la coopération deviennent extrêmement difficiles[38].

Le fait que le Canada fasse partie d'une Alliance pouvait, donc, profiter aux membres gradés du service infirmier.

Pour les officiers subalternes, des problèmes plus simples ont essentiellement conduit à des pratiques de promotion plus standardisées, bien qu'en 1950 le Directeur du Service de santé de l'ARC ait rapporté que « chaque service avait des règlements différents au sujet du temps qu'il fallait aux officiers entrés dans la section des soins infirmiers d'être éligible à obtenir leur première promotion ». Le Comité médical interarmes, pour sa part, a convenu que « les exigences de temps dans chaque cas devraient être identiques à partir du moment où elles affectent le recrutement dans chaque service ».

Au point où en étaient les choses, une infirmière de la Marine devait attendre six mois pour être promue d'enseigne de vaisseau de 2e classe à enseigne de vaisseau de 1re classe, alors que son collègue de l'Armée attendait seulement trois mois pour passer du grade de sous-lieutenant à celui de lieutenant, et que l'Aviation insistait pour qu'une année s'écoule avant qu'un sous-lieutenant d'aviation devienne lieutenant d'aviation. Le comité a recommandé une période probatoire de trois mois dans tous les cas, car « on avait le sentiment que cette période de temps serait suffisante pour une évaluation et serait comparable à la procédure civile[39]… ».

Les médecins et les infirmières composaient un groupe qui avait servi pendant des décennies — voire des siècles — dans les forces armées, mais durant la Deuxième Guerre mondiale, le recrutement s'est élargi pour inclure une liste de plus en plus longue de spécialistes, dont les

38. ANC, RG 24, 83-84/167, boîte 7718, 20-1-1, pt 5, Lt C. A. Brown RCN, Sec ISMC, to Sec PMC, 26 Jan 53.
39. ANC, RG 24, 83-84/167, boîte 7717, 20-1-1, pt 2, Lt S. T. Richards, Sec ISMC, to Sec PMC, 30 Jan 50.

services continuaient à être requis en temps de paix. Parmi eux figuraient les pharmaciens. En 1948, le Comité médical interarmes conclut que « la responsabilité assumée par un tel personnel dans un hôpital chirurgical imposait qu'il soit commissionné. L'Aviation et la Marine avaient, toutes deux, reconnu cette responsabilité et avaient des places pour des pharmaciens commissionnés dans leurs hôpitaux chirurgicaux. Le comité nota que seuls des sous-officiers occupaient des fonctions similaires dans l'Armée, et que si la situation était satisfaisante là où l'intégration avec le ministère des Anciens Combattants avait été réalisée, la situation concernant Kingston, Toronto et Whitehorse », qui relevaient exclusivement du service et n'étaient pas des hôpitaux pour anciens combattants, « n'était pas satisfaisante[40] ».

Rien ne changea, du moins pour un certain temps. Plus d'un an plus tard, le comité nota cependant qu'« aucun principe normatif n'a été adopté au sein des trois services couvrant le grade de pharmacien... Dans la Marine, tous les pharmaciens sont commissionnés. Dans l'Armée et l'Aviation, ils peuvent être enrôlés avec un grade équivalent à celui de sergent ou de lieutenant respectivement. Ils constituent le seul personnel techniquement qualifié avec un diplôme universitaire qui, en poursuivant sa vocation, entre dans le service comme sous-officier... En considérant cette situation, il devient apparent qu'on peut dire, à juste titre, que les pharmaciens font face à une discrimination. L'Association pharmaceutique canadienne était au courant de cela pendant un certain temps, et il ne s'écoulera pas beaucoup de temps avant que des démarches soient faites pour rectifier cette anomalie[41]. » Le comité recommanda donc que les diplômés soient commissionnés, bien que « les pharmaciens servant actuellement comme sous-officier qui, en raison de leur âge risquaient d'en pâtir s'ils devaient être commissionnés, devraient être du grade d'adjudant-chef (WO1) ou de son équivalent ».

Dans le même ordre d'idées, diététiciens, physiothérapeutes, ergothérapeutes et techniciens de laboratoire ont également cherché à améliorer leur statut et leur rémunération. En 1953, le Comité médical interarmes indiqua que « le tableau d'effectifs de ces officiers n'a pas été complété et ne le sera pas étant donné les occasions limitées d'une carrière dans les forces armées. Ce groupe d'officiers est censé détenir un diplôme universitaire avant que ses membres soient nommés officiers. La structure des grades varie jusqu'à une certaine mesure dans chaque service. » Il était donc convenu « qu'une structure de grades commune et un système de promotion automatique jusque y compris les grades

40. ANC, RG 24, 83-84/167, boîte 7717, 20-1-1, pt 1, LCol C. G. Wood to Sec PMC, 8 Jan 48.
41. ANC, RG 24, 83-84/167, boîte 7717, 20-1-1, pt 1, Capt M. L. Jeffery, Sec ISMC, to Sec PMC, 26 Mar 49.

de capitaine de corvette, major et commandant d'aviation, devraient être établis[42] ». Une recommandation controversée en quelque sorte, le Comité des directeurs du personnel estimant qu'une « comparaison inéquitable des grades et des responsabilités pourrait survenir lorsque de tels officiers seraient promus, dans le cadre du système automatique, à des grades qui seraient plus élevés que ceux détenus par des infirmières en chef d'hôpitaux auxquelles est confiée la responsabilité globale de l'établissement[43] ».

La question fut ainsi envoyée, pour règlement, au Comité administratif des directeurs du personnel. Le représentant de l'Armée racontait comment cette arme avait 163 officiers de cette catégorie au total, toutes des femmes, dont 16 avaient demandé à être libérées pour se marier durant les deux premiers mois de 1953. Il insista sur le fait que « l'Armée ne favorise pas les promotions automatiques », bien qu'elle veuille modifier son tableau d'effectifs de diététistes et d'autres, de deux capitaines et seize lieutenants à un major, quatre capitaines et treize lieutenants. Le comité, dans sa totalité, convint que la solution ne résidait pas dans l'augmentation des grades. Il attirait l'attention sur l'expérience de l'ARC, qui, à partir du moment « où les rémunérations sont désormais compatibles avec les taux civils », s'était concentrée sur « un accroissement de la publicité de recrutement, soulignant que les jeunes filles militaires sont normalement dans une situation plus avantageuse que leurs homologues civiles[44]. »

Tous les spécialistes des différentes branches médicales n'ont pas acquis le statut d'officier dans l'immédiat après-guerre. Ainsi, les assistantes dentaires ne réussirent pas à obtenir une telle reconnaissance. Une lettre adressée au ministre de la Défense nationale attirait l'attention sur le fait qu'elles travaillaient « très loin de leur unité de base » et, en conséquence, elles devaient compter sur leur savoir et leur propre initiative, bien « qu'entre la fonction publique, l'Armée et l'Aviation leur statut n'ait pas été défini. Bien que cela ne soit pas d'un intérêt spécial pour la fonction publique, c'est une question importante pour les forces armées. Évidemment, les jeunes filles qui possédaient un brevet d'enseignement et une formation d'infirmière s'étaient classées en tant qu'officiers, alors que les assistantes dentaires n'étaient toujours pas classifiées. Elles n'avaient pas les avantages du mess des officiers, alors que leurs qualifications pédagogiques étaient aussi bonnes et, dans bien des cas,

42. ANC, RG 24, 83-84/167, boîte 7718, 20-1-1, pt 5, Lt C. A. Brown RCN, Sec ISMC, to Sec PMC, 26 Jan 53.
43. ANC, RG 24, 83-84/167, boîte 7718, 20-1-1, pt 5, F/L G. A. Woolley, Sec PMC, to Sec Personnel Members Administrative Ctee, 11 Feb 53.
44. ANC, RG 24, 83-84/167, boîte 7718, 20-1-1, pt 5, Minutes of the 264th Meeting of the Personnel Members Administrative Committee, 6 Mar 53.

meilleures que celles des premières. » Le brigadier H. L. Cameron signala au Comité des directeurs du personnel que, sachant que seulement 150 assistantes dentaires étaient diplômées chaque année, une amélioration de leur statut serait bénéfique aussi bien pour elles que pour les forces armées[45]. Cependant, le Comité des directeurs du personnel ne fut pas impressionné, insistant sur le fait que les tâches de ces spécialistes s'apparentaient à celles des sous-officiers et, pour cela, elles ne devaient pas se voir attribuer le grade d'officier[46].

Pour d'autres, la situation était encore pire car l'Armée, la Marine et l'Aviation avaient accepté les normes de l'Association médicale canadienne et d'institutions similaires pour choisir leurs praticiens médicaux. Un exemple illustrant cette situation peut être trouvé dans une lettre de l'Association chiropratique canadienne adressée à Brooke Claxton, ministre de la Défense nationale, en 1951. « Les jeunes chiropraticiens, étant préoccupés par la situation dans le monde, souhaitent faire de leur mieux en servant le Canada en temps de crise [...] qu'avoir ces jeunes hommes dans les forces armées en toute autre capacité constituerait un gaspillage total de leur savoir-faire et de leurs connaissances[47]. » Cependant, le Comité médical interarmes vit les choses différemment, écrivant au ministre de la Défense que « la politique appliquée actuellement dans les Services médicaux des forces armées canadiennes est telle qu'un avis sur toute procédure médicale est uniquement obtenu auprès d'une autorité médicale qualifiée... Toute dérogation à cette politique ne peut être mise en pratique qu'à la suite d'un examen méticuleux des possibles implications sur les normes de traitement et le statut légal, et à condition qu'il n'y ait aucune infraction à l'éthique et aux préceptes professionnels du Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada... En restant attaché à cette politique établie, le Comité médical interarmes estime que, après mûre réflexion, les chiropraticiens ne peuvent être acceptés, à ce titre, au sein du Service de santé des forces armées du Canada[48]. » Il n'y avait pas de place pour offrir ce qui serait dorénavant appelé des soins parallèles ou alternatifs.

L'objectif de cette planification, de cette doctrine, de cette organisation logistique, de ces dépôts d'approvisionnement et de cette organisation de personnel était, bien sûr, d'assurer un service médical essentiel aux forces armées — et à quelques autres, comme nous le verrons.

45. ANC, RG 24, 83-84/167, boîte 7717, 20-1-1, pt 3, Brig H. L. Cameron, Def Sec, to PMC, 30 Jan 51.
46. ANC, RG 24, 83-84/167, boîte 7717, 20-1-1, pt 3, Extracts from the Minutes of the 514th Meeting of Personnel Members Committee.
47. ANC, RG 24, 83-84/167, boîte 7717, 20-1-1, pt 3, Dominion Council of Canadian Chiropractors to Brooke Claxton, 16 Apr 51.
48. ANC, RG 24, 83-84/167, boîte 7717, 20-1-1, pt 3, Chair ISMC to Def Sec through PMC, 8 May 51.

Une analyse des différentes facettes de cet effort dans les cinq années suivant la Deuxième Guerre mondiale nécessiterait tout un ouvrage à elle seule. C'est pourquoi seulement quelques exemples peuvent être donnés ici. Un exemple qui a représenté un défi depuis au moins la Première Guerre mondiale était le traitement des MTS. En traitant ces maladies, les praticiens médicaux devaient prendre en considération leur double rôle au sein des sociétés militaire et civile. En 1948, jugeant s'il était approprié de divulguer des informations sur un patient atteint d'une MTS, le juge-avocat général avait exprimé l'avis que « les officiers médecins, s'ils agissent dans le cadre de leurs fonctions, ne sont pas passibles d'une action en matière civile ou de poursuites judiciaires criminelles en donnant de telles informations aux services de santé du Dominion ou de la province[49] ».

En fait, « il n'existe pas actuellement de règlement en vertu duquel un médecin militaire des forces armées est autorisé à retenir une telle information s'il est cité à comparaître par un tribunal de droit et interrogé sur la cause d'une MTS chez un militaire ou de bloquer des documents faisant état d'une telle survenue dans le cas d'un ancien combattant »... Cependant, « on estime qu'il n'est pas dans l'intérêt du militaire ou de l'ancien combattant que tout antécédent de MTS soit transmis à quiconque sous aucun prétexte, à l'exception du Dominion, des autorités de santé provinciales ou municipales ou du médecin personnel d'un ancien combattant qui demande une telle information pour le traitement de cet individu[50]. » Par conséquent, le Comité médical interarmes recommanda « qu'un règlement soit rédigé interdisant de divulguer, à quiconque, des informations relatives à des MTS contractées par des membres des forces armées, à l'exception des services de santé du Dominion, des provinces ou des municipalités, et cela à titre confidentiel, ou avec le consentement des individus, au médecin particulier qui requiert de telles informations pour les nécessités du traitement. »

Les forces armées avaient appris, grâce à une longue expérience, que le traitement médical constituait la meilleure approche, les mesures disciplinaires restant inefficaces. En 1952, un officier supérieur d'état-major, le lieutenant-colonel T. H. Carlisle, de la Direction de l'administration, donna une leçon d'histoire, racontant qu'au cours de la Première Guerre mondiale, « le Corps expéditionnaire canadien reçut l'ordre selon lequel un soldat qui serait hospitalisé pour une maladie vénérienne pour plus de quatre mois (pas nécessairement consécutifs) serait passible de rétrogradation... » Dans le but de contrôler la progression des MTS

49. ANC, RG 24, 83 84/167, boîte 7717, 20-1-1, pt 1, Lt Col C. G. Wood, Sec Inter Service Medical Ctee, to Sec Personnel Members Ctee, 23 Jan 48.
50. *Ibid.*

pendant l'entre-deux-guerres, les unités devaient faire figurer dans leurs règlements « une consigne stipulant que le personnel souffrant de MTS doit se présenter spontanément à la revue des malades, et le manquement à cette obligation le rendrait coupable d'une infraction selon la section 11 du Code de discipline militaire (*Army Act*), relative à la désobéissance à un ordre permanent. Les patients devaient également payer une amende, appelée retenue d'hôpital sur la solde, allant de 2 $ par jour pour les officiers, à 30 cents pour les soldats[51].

Au cours de la Deuxième Guerre mondiale, le règlement resta en vigueur, bien que les amendes puissent être imposées seulement après un procès sommaire ou une cour martiale (les retenues d'hôpital sur la solde, d'autre part, étaient automatiques — elles furent abolies en 1951). À cette date, les Ordonnances et règlements royaux stipulèrent, dans leur article 19.18, « qu'un officier ou un homme souffrant ou soupçonné de souffrir d'une maladie se fera porter malade sans délai », et des retenues sur la solde pourraient être imposées conformément à l'article 208.31 pour « ne pas avoir fait son devoir ». Cependant, les mesures disciplinaires s'avérèrent inefficaces, menant même à un résultat contraire à celui escompté. Cela fut noté par le lieutenant-colonel Carlisle qui conclut son rapport en écrivant que « toute imposition de sanctions pour avoir dissimulé la maladie servait principalement à la pousser dans la clandestinité ». À son avis, le fait d'imposer des sanctions « ne constitue pas un remède et il est à douter que cela ait pu réduire l'incidence de la maladie dans une mesure appréciable[52] ».

L'immunisation eut elle aussi une histoire controversée. Elle illustre le choc entre la discipline de service et les droits individuels, resté en quelque sorte sans solution jusqu'à ce jour. Au cours de la Première Guerre mondiale, un groupe actif contre la vaccination conseillait aux soldats de refuser l'inoculation, mais lors du conflit mondial suivant les vaccins furent acceptés presque sans objection. Dans l'après-guerre, cela devint généralement admis, malgré certains débats déchirants. Tel était le cas pour le vaccin anti-tuberculeux BCG (bacille de Calmette et Guérin, du nom des chercheurs qui l'ont mis au point), lorsque quelques groupes, telle la Ligue anti-TB (TB pour tuberculose), recommandèrent d'inoculer chaque membre des forces armées. Le problème fut renvoyé, pour évaluation, au sous-comité sur la médecine préventive du Conseil de recherches pour la défense. Se basant sur les rapports de ce dernier, le Comité médical interarmes conclut « qu'en temps de paix, la vaccination BCG devrait être vivement recommandée au personnel ayant

51. ANC, RG 24, 83-84/167, boîte 7718, 20-1-1, pt 4, Lt-Col T. H. Carlisle, Adm B, to D Adm, 30 May 52.
52. *Ibid.*

montré une réaction négative à la tuberculine [produit qui peut déterminer la présence de la tuberculose] et dont les fonctions les mettent en contact avec des cas avérés de tuberculose, à savoir le personnel hospitalier qui accueille des malades atteints de la tuberculose. » Le Comité médical interarmes, cependant, « n'approuvait pas que la vaccination BCG fasse partie du programme d'immunisation régulière en temps de guerre. Les membres du sous-comité ont tous estimé que les difficultés administratives induites par un tel programme l'emporteraient sur tout avantage qu'il pourrait apporter[53]. »

Quand il s'agissait d'immunisation, le service de santé devait sélectionner les maladies contre lesquelles vacciner, sans quoi chaque militaire, homme ou femme, deviendrait un véritable réservoir chimique. L'une des maladies qui figuraient dans le peloton de tête des priorités était le typhus, qui « à travers l'histoire a représenté une menace pour les armées sur le terrain et continuera de l'être à l'avenir sur tout théâtre » d'opérations. Pendant la Deuxième Guerre mondiale, un vaccin contre deux genres de typhus, épidémique et celui de la souris, a assuré « une protection raisonnable ». Toutefois, selon le Comité médical interarmes, « il n'y a pas de vaccin qui convient contre le typhus des broussailles, le genre qu'on rencontrera le plus probablement dans certains théâtres asiatiques ». Un autre problème était logistique, le vaccin contre le typhus épidémique et celui de la souris devenant de plus en plus difficile à obtenir. Comme l'a expliqué le président du Comité médical interarmes, le brigadier W. L. Coke, « le vaccin actuellement disponible est quasi exclusivement utilisé par les forces armées. Depuis 1945 et jusqu'à récemment, la demande n'a pas été importante. Avec l'accroissement des activités des forces armées outre-mer, la demande augmente, et Connaught Laboratories, l'unique source d'approvisionnement au Canada en ce moment, est sous forte pression pour satisfaire cette demande. » Après coordination avec le Conseil de recherches pour la défense, le comité proposa que des études soient menées au Canada « pour déterminer les meilleures souches de la rickettsie (l'organisme responsable du typhus et de la fièvre des tranchées) pour préparer un vaccin protecteur », et « d'étudier toute amélioration qui s'impose dans les méthodes de production du vaccin ». À cette fin, il demanda des fonds de 10 000 $[54].

Les MTS et l'immunisation avaient quelque chose en commun — elles remontaient à plusieurs décennies. Mais s'occuper de la santé des familles des membres des forces canadiennes, une conséquence du

53. ANC, RG 24, 83-84/167, boîte 7717, 20-1-1, pt 3, S/L J. W. T. VanGorder, Sec ISMC, to Sec PMC, 31 Jan 51.
54. ANC, RG 24, 83-84/167, boîte 7718, 20-1-1, pt 4, Brig W. L. Coke, Chair ISMC, to Sec PMC, 2 Apr 52.

maintien d'une force armée relativement importante en temps de paix, était nouveau. Les gens ne s'enrôlaient pas pour quelques années mais pour une carrière. Cela voulait dire qu'ils ne reporteraient pas la décision d'avoir des enfants, ne supporteraient pas une séparation à long terme de leur famille et ne resteraient pas dans les forces armées si le service se révélait être une épreuve pour leur conjoint et leur famille. En l'absence de tout plan d'assurance parrainé par le gouvernement, les responsables de l'élaboration des politiques ont admis cette réalité assez tôt, ce qui a conduit à des expériences comme celles de Patricia Gill. « À la suite d'un cours supérieur en soins infirmiers obstétriques à la Margaret Hague Maternity Hospital, à Jersey City, dans l'État du New Jersey, et une courte expérience de travail hospitalier, je me suis jointe au Corps de santé royal canadien, en 1952. Quand le traitement des familles des membres des forces canadiennes devint la norme dans certains camps, j'ai été affectée à l'hôpital du Camp Shilo, au Manitoba, pour y installer l'unité obstétricale. » Le QM, ou Quartier-maître, « fut souvent étonné par les commandes de provisions étranges qu'on lui soumettait ». Quittant le service pour se marier, Gill était de retour à l'hôpital du Camp Shilo quelque temps plus tard pour donner naissance à son premier enfant. « L'officier médical de service, quand j'étais en couches, était nouveau et n'avait pas aidé à mettre un enfant au monde depuis quinze ans ou plus, ce qui était vraiment étonnant. Elle s'assit près de moi en lisant un manuel, et me dit : « Pat, je suis si heureuse que tu sois infirmière, tu peux me décrire ce qui se passe. » Bien que le médecin militaire en question fût, en fait, une amie proche, Gill affirma plus tard : « Cette nuit-là j'aurais pu la tuer[55] ! »

La question d'offrir des services médicaux aux personnes à charge présente un certain intérêt dans le cadre de cette étude, et mérite qu'on sorte un peu de la chronologie pour voir, brièvement, la manière dont elle a évolué au cours des années. Par exemple, l'infirmière Lois Clarkin a décrit ses conditions de travail dans une station outre-mer au milieu des années 1950. Écrivant à Paul Martin père, ministre de la Santé et du Bien-être, elle nota que dans le quartier du logement familial dans l'une des bases en Allemagne, « nous avons ici un médecin de l'Armée et une infirmière essayant de veiller sur les besoins de santé de plus de 600 familles. Je ne connais pas bien leurs règles d'action, et il s'agit là d'un environnement de travail entièrement nouveau pour les médecins militaires, mais je crois que, s'ils espèrent fournir n'importe quel genre de soins de santé publique, ils devraient au moins avoir un médecin militaire et une infirmière pour le seconder dans le traitement des

55. E. A. Landells, dir., *The Military Nurses of Canada : Recollections of Canadian Military Nurses*, White Rock BC, 1995, p. 499.

maladies aiguës, ainsi qu'une infirmière diplômée de la santé publique pour les écoles, le travail de clinique, les cours et les visites à domicile[56]. »

En réponse, le lieutenant W. A. Walsh, du Comité médical interarmes, annonça « qu'à présent, l'Armée a prévu d'affecter 3 médecins militaires et 3 infirmières pour veiller sur près de 1500 familles de militaires en Allemagne. La proposition de l'ARC pour des services de santé aux personnes à charge en France a été soumise par le truchement de l'Aviation et, lorsqu'elle sera approuvée, assurera un niveau de soins comparable à celui dont bénéficient les personnes à charge de l'Armée en Allemagne. » On espérait donc qu'une fois l'installation complétée, les soins de santé aux personnes à charge seraient équivalents à ceux disponibles au Canada[57].

Les réalités n'ont pas immédiatement correspondu aux attentes. L'année suivante, le Comité administratif des directeurs du personnel nota que, lors d'une précédente réunion, « quelques membres ont discuté des difficultés éprouvées par des membres des forces dont les personnes à charge contractent des maladies invalidantes, contagieuses ou psychiatriques, alors qu'ils servent hors de leur province d'origine, et qui donc se voient refuser l'aide qu'ils auraient autrement reçue. » À la suite d'un débat, cependant, « le président, aussi bien que le directeur de l'administration, ont indiqué que, tandis que la caisse de bienfaisance appropriée a pris des mesures dans certains cas, ils ont le sentiment que le gouvernement fédéral avait une obligation morale envers les militaires parce que ces hommes servaient hors de leurs provinces d'origine sur les ordres du ministère de la Défense nationale. » Ils ordonnèrent alors l'organisation d'un sondage à grande échelle[58]. Lorsque les plans provinciaux d'assurance médicale furent lancés, les soins médicaux aux personnes à charge ont été graduellement transférés à des organismes civils dans les années 1970, « à l'exception des unités où les soins n'étaient pas disponibles ailleurs[59] ».

Comme nous l'avons donc vu en examinant l'acquisition d'ambulances, les branches médicales ont joué deux rôles, civil et militaire, et les soins aux personnes à charge étaient, sans aucun doute, un exemple du premier. Un excellent exemple du deuxième dans l'immédiat après-guerre fut la Recherche et sauvetage (SAR). Un des pionniers dans ce

56. ANC, RG 24, 83-84/167, boîte 7718, 20-1-1, pt 7, Lois Clarkin RN, to Paul Martin, Min H&W, 28 Feb 55.
57. ANC, RG 24, 83-84/167, boîte 7718, 20-1-1, pt 7, Lt W. A. Walsh, ISMC, to Sec PMC, 18 Mar 55.
58. ANC, RG 24, 83-84167, boîte 7718, 20-1-1, pt 8, Extract from the Minutes of the 384th Meeting of PMAC, 13 Jan 56.
59. Col Marielle Gagné, Address to Nursing Sisters Association, 10 Jun 94, dans E. A. Landells, *op. cit.*, p. 538.

domaine fut Herbert (Dutch) Fader, qui s'est joint à l'ARC en octobre 1947, se qualifiant à la fois comme adjoint médical et comme technicien de laboratoire. Ensuite, « Dutch reçut une formation de sauveteur-parachutiste, incorporant les opérations de recherches et de sauvetage par air et la survie. Il travailla également comme instructeur pour les sauveteurs-parachutistes et l'entraînement de survie. » Toutefois, « les conditions de travail du sauveteur-parachutiste pour le personnel médical étaient plutôt différentes de celles des spécialistes de SAR non-médical. Les membres des groupes professionnels militaires autres que médicaux étaient sous les ordres d'un escadron pour leurs fonctions SAR et leur formation, auxquelles ils pouvaient consacrer la plus grande partie, si ce n'est la totalité, de leur journée. Les spécialistes médicaux SAR avaient pour tâche l'installation médicale, et leur officier commandant était le médecin-chef. La routine médicale les empêchait fréquemment de se joindre à leurs collègues non médicaux pour des opérations et des exercices. La formation des spécialistes SAR médicaux dépendait donc de la coopération entre le médecin-chef et le commandant de l'escadron. » Heureusement, « cette dichotomie a été reconnue et finalement allégée avec la formation du groupe Technicien en recherche et sauvetage (SAR Tech) au début des années 1980[60] ».

Pourtant, les opérations furent un plus grand défi que les questions organisationnelles. Voici un récit de l'expérience de Grace Woodman : « En juillet 1952, juste un mois après avoir achevé les cinq mois et demi de cours dont la plus grande partie s'est déroulée en plein air, elle a effectué son premier saut opérationnel. Elle était probablement la première sauveteur-parachutiste infirmière du monde à faire un tel saut. Une équipe de trois sauveteurs a été envoyée sur les pentes rocheuses du mont Coquitlam, à environ trente milles au nord de Vancouver, pour se porter au secours d'un arpenteur membre d'un groupe de géologie. On nous a signalé que le bassin de la victime était fracturé et qu'il avait un poumon perforé. » Avec Woodman, les autres membres de l'équipe étaient le commandant d'aviation Dick Wynne, médecin sauveteur-parachutiste, et le sergent Red Jamieson, un chef sauveteur-parachutiste. » « Il s'agissait du premier saut opérationnel effectué par une équipe formée d'un médecin, d'une infirmière et d'un moniteur de saut. Lors du parachutage, les trois furent séparés par un vent violent. L'équipe a atterri sur des arbres élevés, et Grace s'est enchevêtrée dans des branches à environ 125 pieds du sol. Elle portait des cordes de descente justement pour ce genre d'éventualité, mais la corde n'avait que cent pieds de longueur, laissant une descente de vingt-cinq pieds jusqu'au sol. Wynne et Jamieson atterrirent et furent capables de communiquer

60. Harold M. Wright, *op. cit.*, p. 139.

en criant. Cependant, Woodman était trop loin d'eux et n'était pas en mesure de les entendre ou d'être entendue à son tour[61]. »

Selon l'infirmière,

> Je parvins à me démêler de l'arbre et à bien attacher ma corde de descente. Toutefois, en tentant de me démêler, j'ai perdu mes gants. La descente des 100 pieds de la corde, qui devait être lente et facile, a été plutôt un peu plus rapide que je ne l'aurais aimé. La descente rapide, en tenant la corde de mes mains nues, était si douloureuse que j'ai dû lâcher prise et prendre le risque d'être blessée. Tous mes doigts étaient atteints de brûlures profondes et j'avais une grande et profonde entaille le long de ma paume gauche. L'air me manquait et il me fallut un certain temps avant de retrouver une respiration quelque peu normale.
>
> Bien que ma jambe gauche fût douloureuse, il n'y avait aucun signe de saignement sur ma combinaison de saut. J'avais des sensations désagréables dans le bas du dos et dans la région thoracique. Je me suis levée, j'ai rassemblé mes affaires et commencé à escalader le contrefort montagneux alors que je perdais le peu de lumière du jour qui restait et qu'il faisait de plus en plus sombre. Je suis revenue vers mon parachute pour éviter de me perdre dans l'obscurité. Entre-temps, le pilote de l'avion largueur avait continué à décrire des cercles jusque bien après minuit, me montrant la direction que je devais prendre puisque j'étais séparée des deux autres. Le terrain était très accidenté et était connu pour être peuplé de pumas et de grizzlys. Cependant, le bruit des moteurs de l'avion les a fait fuir. J'étais si fatiguée que je me suis traînée sous un buisson et me suis endormie. Vers cinq heures le lendemain matin, j'ai été réveillée par le bruit de l'avion de recherche et par Wynne et Jamieson en train de m'appeler. J'ai retrouvé mes gants au pied de l'arbre et je les ai portés pour protéger mes mains brûlées et blessées[62].

Finalement, guidés par un avion-cargo DC-3 Dakota, Wynne et Jamieson ont localisé Woodman, et l'équipe continua à procurer des soins au géologue blessé jusqu'à l'arrivée d'un hélicoptère de la Garde côtière américaine qui se chargea de les évacuer tous.

J. R. Dick Wynne, pour sa part, se souvint, plus tard, de plusieurs autres missions similaires. S'enrôlant dans l'ARC en 1950 en tant que médecin militaire, il a suivi le cours de sauveteur-parachutiste en 1951, devenant médecin-chef à Comox, en Colombie-Britannique, en 1952. Selon Harold M. Wright, qui a publié une collection de biographies médicales de l'ARC, dans les deux années suivantes, Wynne prit part à deux sauts opérationnels. Le premier s'effectua dans la chaîne côtière des Rocheuses pour secourir un géologue blessé en juillet 1952, comme on a vu, et le second, en juin 1953, pour soigner un officier de la

61. *Ibid.*, p. 146.
62. *Ibid.*

Gendarmerie royale du Canada, gravement malade à Coppermine, dans les Territoires du Nord-Ouest. Il fallait sauter en parachute parce qu'aucun aéronef ne pouvait atterrir sur la glace mince du lac qui était sur le point de se briser. Après auscultation, Wynne conclut que le patient était atteint de tuberculose, un diagnostic qui devait être confirmé par la suite. « Avec l'aide d'un adjoint médical sauveteur-parachutiste, le sergent Jack Strachan, le commandant d'aviation Wynne aspira le poumon pour faciliter la respiration puis resta aux côtés du patient jusqu'à ce que le lac soit suffisamment ouvert pour permettre à un hydravion de type Noorduyn Norseman de la GRC de venir évacuer le patient et l'équipe à Yellowknife dans les Territoires du Nord-Ouest. Wynne se rappelle que la situation exigeait de la médecine élémentaire sans Rayons X. Il y eut une rapide escale à Yellowknife pour prendre un aéronef Beech 18 "Expeditor" pour la dernière étape vers Edmonton, en Alberta, où le patient pouvait recevoir des soins complets[63]. » Cela différait beaucoup de la pratique médicale civile.

Le service de santé prenait ainsi la mesure du défi que pouvait présenter la paix. Il devait se préparer pour la guerre, une guerre où les armes nucléaires, biologiques et chimiques pouvaient être utilisées. Il devait également offrir des soins médicaux et une médecine préventive, non seulement aux membres des forces armées, mais aussi à leur famille, tout en menant des opérations telles que celles de recherche et sauvetage. D'un bout à l'autre de la chaîne de commandement, il devait donner un ordre de priorité à l'approvisionnement et à l'équipement pendant qu'il recrutait et formait le personnel dont il avait besoin pour les mille et une tâches qui définissaient son rôle. Malheureusement, tandis qu'il apprenait à s'occuper des défis posés par le temps de paix, la guerre éclata à l'autre bout du monde.

63. *Ibid.*, p. 153.

Chapitre deux

La Corée

La période de préparation en temps de paix a duré seulement cinq ans pour les branches médicales des services armés du Canada. En effet, en juin 1950, les divisions nord-coréennes franchirent la frontière avec leur voisin du sud en vue d'unifier la péninsule par la force. Les États-Unis réagirent en dépêchant des troupes du Japon, les Nations Unies assurèrent une structure de soutien légal pour l'initiative américaine, et le Canada envoya des éléments de l'armée, de la MRC et de l'ARC sur place. Cela durera trois ans dans une topographie qui rappellera à certains participants la campagne d'Italie de 1943-1945 et, à certains moments, les tranchées de la Première Guerre mondiale. Les services médicaux appliqueront les leçons de la campagne victorieuse de 1944-1945, mais ils n'atteindront jamais l'ampleur des opérations de la dernière année de la Deuxième Guerre mondiale (ils ne déploieront jamais, par exemple, leur propre hôpital de campagne).

Cela ne sera, cependant, un sujet de préoccupation que pour les historiens. À l'époque, « au Parlement, les partis apprirent avec plaisir, avant de rentrer chez eux pour l'été, que trois destroyers de la MRC allaient quitter Esquimalt sur l'heure. En août, alors que les forces de l'ONU étaient immobilisées dans l'étroite tête de pont de Pusan, le Cabinet ordonna à l'unique escadron de transport à long rayon d'action de l'ARC de se joindre au pont aérien américain vers l'Extrême-Orient. Le gouvernement accepta avec un peu plus de réticence d'envoyer un groupe-brigade d'infanterie[1]. » Il fit preuve de moins d'hésitation quand il fut question des dépenses sur la défense, le budget de 1953 atteignant environ deux milliards de dollars, dix fois ce qu'il était en 1947. Généralement, selon l'historien Desmond Morton, « les Canadiens ont adhéré au réarmement. Les temps étaient prospères. Dans les universités et le CCF

1. Desmond Morton, *Une histoire militaire du Canada, 1608-1991*, Sillery, Québec, 1992, p. 234.

[prédécesseur du NPD], les vieilles traditions libérales de pacifisme et d'isolationnisme survivaient, mais certains des héros érudits d'un âge révolu et isolationniste, comme Frank Underhill et Arthur Lower, supportaient plutôt la Guerre froide. Les quelques analystes de défense canadiens étaient rarement des critiques... Au cours des années 1950, le Canada pouvait apparemment se permettre à la fois le canon et le beurre ; en fait, il se trouvait des économistes influents pour soutenir que l'argent dépensé en canons contribuait à mettre du beurre sur la table des Canadiens[2]. » C'était, comme nous le verrons, le début d'une décennie en or pour les armes de combat.

Comme lors de précédents conflits, la Marine royale du Canada en Corée a participé à la guerre en étant assez éloignée de l'Armée et de l'Aviation. Les médecins étaient très rares, la Marine subissant une concurrence des deux autres services et du Canada dans son ensemble, ce qui la désavantageait nettement, parce que peu de praticiens médicaux étaient prêts à rester en mer pendant des mois, alors qu'il y avait de si nombreux choix plus agréables. Bien plus, la guerre contre les Nord-Coréens (et, par la suite, contre les Chinois) n'a pas réussi, en quelque sorte, à captiver l'imagination populaire de la même façon que la croisade contre les nazis. Les recrues ayant les compétences médicales nécessaires étaient si rares que, lorsque l'une d'elles se présentait, « on la saisissait avec la rapidité d'un détachement de racoleurs du dix-huitième siècle[3] », selon les propres termes de l'historien de la MRC Edward C. Meyers.

Cela explique comment un imposteur accompli, Ferdinand Demara, ait pu se joindre aux forces navales du Canada en tant que chirurgien avec des diplômes volés à un médecin du Nouveau-Brunswick, le Dr Joseph Cyr. Comme ses prédécesseurs pendant la Deuxième Guerre mondiale, il trouva que ses fonctions à bord du NCSM *Cayuga* étaient essentiellement routinières : brûlures de vapeur, coupures, éruptions cutanées et différents autres malaises anodins. Il avait aussi beaucoup de chance d'avoir pour assistant l'officier marinier Robert Hotchin, dont les connaissances médicales s'approchaient de celles d'un médecin généraliste à terre. Pourtant, le double du Dr Cyr a mené à bien les aspects les plus stressants du travail. « Les documents du navire indiquent que Demara a effectué plusieurs interventions chirurgicales pendant une période de deux mois alors que le *Cayuga* opérait en appui aux raids amphibies sud-coréens contre le Nord, allant de l'amputation d'un pied gangrené à l'extraction de balles. Il opérait rapidement et efficacement, et nul n'avait eu de motif de remettre en question ses talents de chirurgien[4]. »

2. *Ibid.*, p. 340.
3. Edward C. Meyers, *Thunder in the Morning Calm : The Royal Canadian Navy in Korea, 1950-1953*, St Catharines, p. 168.
4. *Ibid.*, p. 170.

Son heure de gloire vint en septembre 1951. Après un raid de commandos sud-coréens, appelés *Salamanders*, le 7 septembre, trois d'entre eux furent sérieusement blessés et, le 10, ils étaient mourants.

> Demara jeta un seul regard sur les blessés et prit une décision instantanée. Il ordonna à Hotchin d'amener tout de suite l'équipement chirurgical sur le pont supérieur. Il expliqua rapidement qu'il pensait que l'un d'eux, au moins, allait mourir en attendant son tour à l'infirmerie. En les traitant tous les trois en même temps, il pourrait les remettre sur pied. Demara fit un travail admirable. Le plus mal en point serait certainement mort si le traitement n'avait pas été rapide et expert. Quand il termina son travail, il avait effectué un collapsus pulmonaire et extrait de la balle la poitrine de l'homme, tout en traitant, avec succès, les deux autres. Demara avait, en fait, sauvé les trois hommes, mais son plus grand tour de force fut le travail qu'il fit sur la blessure à la poitrine. Alors que le collapsus pulmonaire aurait pu être réalisé par tout adjoint médical qualifié, Demara savait exactement ce qu'il fallait faire et comment le faire[5].

L'exploit fut publicisé et le vrai Dr Cyr se fit connaître. Demara subit une révocation tranquille de la MRC — ou presque. Quelque trois décennies plus tard, Demara a assisté à des retrouvailles de l'équipage du *Cayuga*, où « il fut accueilli chaleureusement par ceux qui l'avaient connu comme ami et compagnon de bord vingt-huit ans plus tôt. L'accueil montrait clairement que Demara ne s'était pas fait des ennemis à bord du *Cayuga*. Au dire de tout le monde, il avait apprécié la fête[6]. »

Quant à la guerre terrestre en Corée, la contribution canadienne allait croître en dimension et en complexité, avec le passage du temps. Le Canada forma ainsi, avec la Grande-Bretagne, l'Australie, la Nouvelle-Zélande et l'Inde, la 1re Division du Commonwealth. Son quartier général comprenait certains Canadiens, dont un aumônier principal catholique romain, qui servirent en tant qu'officiers d'état-major. D'autres furent constitués en un « Groupe Brigade. » L'expression elle-même est une indication de la sophistication de l'engagement canadien, car elle désignait une formation constituée non seulement de trois bataillons d'infanterie, mais également d'armes d'appui comprenant un escadron de blindés, un régiment d'artillerie de campagne, un escadron de génie, un escadron de transmissions de la brigade, une compagnie de transport du Corps royal de l'intendance de l'Armée canadienne, un atelier de matériel de guerre, un atelier du Corps royal canadien de génie électrique et mécanique, un détachement prévôtal de la police militaire, et, bien sûr, un camp de discipline pour accueillir ceux dont la conduite était moins qu'exemplaire. Cela n'était pas tout, puisque quelques officiers servaient à la Mission militaire canadienne, Extrême-Orient, au

5. *Ibid.*, p. 172.
6. *Ibid.*, p. 176.

Japon, aussi bien que dans une Unité de base canadienne, Extrême-Orient, incorporant des unités logistiques[7]. L'Armée était, de loin, celle qui contribuait le plus grandement à la guerre de Corée, 21 940 de ses membres servant là-bas, dont 1543 furent blessés au combat[8].

Traiter les malades et les blessés nécessitait un système médical complexe. Le brigadier K. A. Hunter et le colonel J. E. Andrew expliquèrent, en 1950, comment le Corps de santé royal canadien avait organisé ses forces en Corée. La 25e Ambulance de campagne accompagna ainsi la 25e Brigade d'infanterie canadienne, et des médecins militaires furent rattachés à d'autres composantes de l'infanterie aussi bien que de l'artillerie ; chaque unité combattante avait un sous-officier médical pour procurer les premiers soins et s'occuper de questions de routine telles que la revue des malades du matin. Plus tard, avec la formation de la Division du Commonwealth, le Canada organisa une infirmerie de campagne, « capable d'assurer une base solide pour les opérations des équipes de chirurgie et de transfusion sanguine, ce qui représentait, en réalité, un petit hôpital pour le traitement des soldats blessés ». Quand tout fut en place, les dispositions furent prises afin que le personnel médical canadien puisse soigner les victimes canadiennes à tous les niveaux, « du moment où la personne est blessée jusqu'à celui où la victime est transportée à l'hôpital de la base au Japon ». Le service médical de l'Armée de l'air américaine s'occuperait de l'évacuation vers le Canada[9].

Trouver des praticiens médicaux pour toutes ces unités n'allait pas être une tâche facile. Comme le directeur général des services de santé pour l'Armée expliqua au Comité médical interarmes en septembre 1950, « la réponse des praticiens civils à l'appel de s'enrôler dans la Force spéciale de l'armée canadienne n'a pas été satisfaisante[10] ». L'affaire fut renvoyée au Comité consultatif des services médicaux et dentaires de la défense, qui avait peu de bonnes nouvelles à donner. Le président, le médecin-capitaine Archibald McCallum, nota « qu'à part les besoins de la Force spéciale, on devrait également se pencher sur l'ensemble des branches médicales qui semblent avoir peu d'attrait pour les médecins canadiens ». Il attira l'attention sur un rapport qui « montra que la majorité de ceux servant actuellement dans les troupes régulières étaient des anciens combattants de la Deuxième Guerre mondiale ; un autre nombre substantiel est venu du Royaume-Uni (anciens combattants et des nouvelles recrues) et, d'un total de 191 médecins militaires, seulement 5

7. Herbert Fairlie Wood, *Strange Battleground : The Operations in Korea and their Effects on the Defence Policy of Canada*, Ottawa, 1966 ; Appx D.
8. G. W. L. Nicholson, *Seventy Years of Service : A History of the Royal Canadian Army Medical Corps*, Ottawa, 1977, p. 267.
9. ANC, MG 31, J7, Sneath Papers, v.3, Papers Circulated to Members, n° 87.
10. ANC, RG 24, 83-84/167, Box 7717, 20-1-1, pt 2, S/L J. W. T. VanGorder, for Sec ISMC, to Sec PMC, 14 Sep 50.

Canadiens qui n'étaient pas des anciens combattants se sont joints » à la force en Corée, « et seulement 4 dentistes sur un total de 136 faisaient partie de cette catégorie ». Le ministre de la Défense, également présent à la réunion, fit valoir que la guerre de Corée avait éclaté trop soudainement pour que les exigences du personnel médical puissent être satisfaites par les programmes de formation universitaires[11]. Les solutions trouvées ne seraient valables seulement qu'à long terme.

Les épidémies avaient, depuis des millénaires, accompagné les opérations de mobilisation. Harold M. Wright, qui serait éventuellement lieutenant-colonel, s'est joint à l'ARC à cette époque et fut affecté au dépôt des effectifs n° 1 à Saint-Jean, au Québec. Selon ses souvenirs, « la guerre de Corée battait son plein et l'ARC était en pleine entreprise de recrutement. Aggravant les problèmes du grand nombre de recrues arrivant au dépôt des effectifs, une épidémie de grippe se déclencha. La maladie fit rage à travers les casernes, et la propagation du virus fut accentuée par les dortoirs ouverts et la proximité des couchettes à deux niveaux. Des foules d'aviateurs et d'aviatrices malades affluaient à l'hôpital. » Le personnel médical décida de remédier à un des symptômes. « Les médicaments étaient pré-emballés dans des sacs en papier numérotés 1 et 2 pour traiter chaque catégorie. Après la prise de température, les patients faisaient la file au guichet de la pharmacie. Un médecin examinait la gorge de chaque patient et, sur la base de cet examen, il prononçait tout simplement n° 1 ou n° 2, et le pharmacien remettait un sac en papier contenant le traitement approprié. C'était là une forme de traitement de masse, qui fonctionna bien dans la majorité des cas. Les cas plus sérieux étaient hospitalisés[12]. » Un autre problème apparut après l'arrivée des unités en Corée, la section canadienne de l'hôpital du Commonwealth britannique (voir plus loin), écrivait : « nous souhaiterions plaider pour une sélection plus vigilante du personnel... Au cours du mois de juillet, nous avons procédé à une nouvelle catégorisation d'une recrue récemment arrivée, qui a déjà subi une néphrectomie [ablation chirurgicale du rein]. D'autres recrues avaient des antécédents de longue date de bronchite et d'asthme, l'une d'elles était en congé d'embarquement une semaine après être sortie d'un hôpital au Canada, ayant un diagnostic de bronchite aiguë avec asthme[13]. »

Une fois recrutés et considérés en bonne santé (nonbstant la réalité), les soldats devaient suivre un entraînement, y compris ceux qui s'étaient engagés pour le service médical. L'ambulance de campagne canadienne n° 25 était organisée en un quartier général, qui était responsable de

11. ANC, RG 24, 83-84/167, Box 7717, 20-1-1, pt 2, Minutes of the Second Meeting of the Defence Medical and Dental Services Advisory Board, 12 Oct 50.
12. Harold M. Wright, *op. cit.*, p. 259.
13. ANC, RG 24, v.18,383, Cdn Sect Britcom Gen Hosp, Jul 52, Appx 4.

mettre sur pied un poste de secours avancé et trois postes d'évacuation sanitaire plus à l'avant. Disposant d'une force totale unitaire de 232, chacune des sections de l'ambulance de campagne était autonome avec, en plus, dix ambulances Jeep et six ambulances lourdes que l'on gardait au besoin au quartier général. Ayant reçu une notification verbale pour mobiliser en août 1950, elle formula le 12 dudit mois ses règles d'action pour l'entraînement : les anciens combattants de la Deuxième Guerre mondiale suivraient une formation militaire générale (en fait, un cours de recyclage), alors que les autres auraient dix semaines de familiarisation. La formation spécialisée devrait durer jusqu'au 1er novembre[14].

La formation médicale, proprement dite, comprenait des leçons couvrant l'organisation et le rôle d'un poste de secours avancé, ceux d'un poste d'évacuation des blessés, d'une division d'infanterie, des unités médicales de la division et du réseau d'évacuation ainsi que de la chaîne d'évacuation. Des exposés plus spécifiques portaient sur l'anatomie, la physiologie, le squelette humain, le système circulatoire, la manière de maîtriser une hémorragie, les types de blessures ainsi que l'utilisation des bandages triangulaires et des bandes roulées. Le souci de mener une guerre implacable contre la maladie était évident dans les leçons concernant l'approvisionnement militaire en eau, les maladies transmises par les insectes, et plus. En septembre, les recrues furent divisées en deux classes, les anciens combattants, choisis pour servir en tant qu'adjoints médicaux, constituant un cours, alors que les anciens combattants et les nouveaux composeraient un groupe de brancardiers et formeraient ainsi le deuxième cours. Chacun des deux groupes suivait donc un programme de cours différent[15].

En janvier 1951, l'infirmerie de campagne déménagea à Fort Lewis pour parachever la familiarisation, avant d'être déployée en Corée. Ce n'était pas là une période fructueuse, à en croire le journal de guerre : « L'entraînement depuis l'arrivée a été pratiquement inexistant. Les principales raisons de cette situation anormale sont (a) un manque de véhicules (b) une pénurie de tentes (c) d'importants engagements du camp. Une petite fraction de l'unité, soit un total de quelque soixante membres, travaille laborieusement en suivant une formation de base répétitive et des sujets de base relatifs au Corps... Il était prévu d'avoir des séries d'exercices de deux jours, suivis par des exercices de six à dix jours, avec une attention particulière portée sur les opérations de nuit mais, en raison des pénuries déjà mentionnées, il a été impossible de tenter même un jour d'exercice. » Diriger simultanément deux salles d'examen médical (ou SEM) et assurer un service d'ambulance pour le reste de

14. ANC, RG 24, v 18,386, 25 C dn Fd Amb, Aug 50.
15. ANC, RG 24, v 18,386, 25 C dn Fd Amb, Aug 50; Appx E ; Sep 50, Appx 4.

la brigade laissait peu de temps pour l'entraînement, bien que la situation s'améliora un peu le mois suivant. « Enfin, un léger progrès peut être observé dans la formation. Cela est dû aux efforts du major [E. H.] Anderson. Il y a eu un certain nombre de cours de topographie, de jour comme de nuit, et un exercice de section (« Ex. Paregoric »). L'exercice ne fut pas un succès, mais il a servi à montrer l'état déplorable où nous en sommes arrivés. Espérons qu'un exercice pareil soit mené chaque semaine. » Le 5 mai, l'unité arriva à Pusan[16].

Le capitaine F. R. Cullen et le soldat R. Ponto de la 25e Ambulance de campagne font le bilan des blessures, causées par des obus de mortier, du soldat W. M. McLellan, du 2e bataillon, Royal Canadian Regiment, 30 mai 1951. ANC, PA-131810.

Une fois dans la zone de guerre, les praticiens médicaux canadiens apprendront ou réapprendront ce que leurs ancêtres avaient péniblement expérimenté : le champ de bataille diffère des hôpitaux, des salles d'examen médical, voire des zones d'entraînement au pays. Le médecin américain, Otto Apel, qui servit en Corée, nota des années plus tard : « La médecine militaire diffère de la médecine civile, de plusieurs façons. Le médecin civil passe le plus clair de son temps et déploie la plus grande partie de ses efforts sur des questions cliniques : comment diagnostiquer et traiter la maladie. Le médecin militaire doit diagnostiquer et traiter non seulement les maladies habituelles mais aussi les maladies qui sont propres aux situations de combat. De plus, le médecin militaire doit traiter les blessures de combat, que les médecins civils ne voient que rarement ou jamais. Et, au-delà de tout cela, le médecin militaire doit faire face à une variété de problèmes auxquels fait rarement face le médecin civil[17]. »

En fait, le champ de bataille est un monde plutôt irrationnel, un endroit où l'ennemi cherche activement à perturber vos efforts. « Au combat, les médecins doivent être préoccupés par des questions tactiques, généralement connues sous le nom d'opérations en campagne. Les médecins doivent être mobiles dans les conditions de combat, installer des hôpitaux dans des régions primitives, édifier des périmètres défensifs, et lutter contre les forces hostiles. Ils doivent planifier pour le transport de tout l'approvisionnement nécessaire dans un hôpital moderne

16. ANC, RG 24, v 18,386, 25 Cdn Ld Amb, Jan 51, Appx 4 ; Feb 51, Appx 5, 5 May 51.
17. Otto F. Apel et Pat Apel, *MASH : An Army Surgeon in Korea*, Lexington, 1998, p. 25-26.

et pour l'évacuation des blessés des hôpitaux de combat vers les hôpitaux de campagne, à l'arrière. Et les médecins militaires doivent rester attentifs aux besoins et aux demandes du commandement tactique, leur rôle consistant non seulement à prodiguer les soins médicaux, mais, dans le cadre d'une mission plus large, à soutenir les efforts du commandant au combat visant à arracher la victoire sur le champ de bataille. » Finalement, « en médecine militaire, tous les médecins deviennent des chirurgiens, traitant continuellement des blessures. Même pour les chirurgiens, le passage de la médecine civile à la médicine militaire représente un défi[18]. » C'est le moins qu'on puisse dire.

Une autre leçon réapprise, ou apprise, sur le champ de bataille coréen, était que les praticiens médicaux travaillent avec une certaine autonomie. Cela n'est pas surprenant, un officier des blindés ou d'infanterie ayant suffisamment à faire pour planifier les batailles ou pour livrer bataille sans avoir à s'impliquer dans les petits détails du traitement médical. Par conséquent, même si Otto Apel mettait en garde sur le fait que « la médecine, tout comme chaque effort de l'humanité, pouvait être utilisée par des individus pour la cupidité, le pouvoir, et la corruption[19] », l'autonomie d'un praticien pouvait toujours être bénéfique pour le patient. Après que la *Eighth Army* (la huitième armée), la formation américaine menant la guerre en Corée, eut donné pour consigne de cesser et de s'abstenir de réparer les artères endommagées ou blessées, Otto Apel et ses collègues furent appelés au bureau du lieutenant-colonel Mothershead, officier commandant de l'Hôpital militaire de campagne (le « Mobile Army Surgical Hospital » ou « MASH »), auquel était rattaché Apel. Comme le chirurgien se rappellera plus tard, « le colonel haussa les épaules en nous disant qu'il faisait confiance à notre jugement en la matière. Nous étions les chirurgiens, et nous devions prendre les décisions dans les tentes d'opération. Il eut à peu près la même attitude que la nôtre, une attitude, bonne ou pas, qui imprégna toutes les unités de l'hôpital militaire de campagne et, si la vérité était connue, aurait été partagée par tout commandant sur le terrain... Nous étions ceux qui se trouvaient sur le terrain, laissez-nous donc prendre les décisions immédiates sur la marche à suivre[20]. »

Une telle autonomie s'expliquait par l'affreuse complexité que créaient des défis médicaux ; une question aussi simple que la nourriture obligeant les armées modernes à incorporer dans les rangs de leur corps médical des spécialistes tels que des nutritionnistes, et de leur donner l'autorité et les ressources nécessaires pour mener effectivement leurs

18. *Ibid.*, p. 25-26.
19. *Ibid.*, p. 214.
20. *Ibid.*, p. 163.

tâches. Dorothy Doyle, par exemple, était assignée à la 25e infirmerie de campagne au printemps de 1953. Plus tard, elle s'est souvenue que « la Corée était une affectation intéressante — un merveilleux groupe de personnes, à la fois des professionnels et des non-professionnels. Chacun s'y mit avec des idées d'amélioration et c'est ainsi que nous avons fini par avoir une cuisine et un magasin aux vivres relativement bons. La réfrigération était limitée, de telle façon que les aliments périssables devaient être manipulés avec soin, etc. » Aussi, « une table à vapeur a été assemblée — très particulière, utilisant des bidons à pétrole et des brûleurs M-37 pour chauffer l'eau qui chauffera la table à vapeur portant des contenants de nourriture. Par la suite, une table portative a été assemblée à partir d'un bidon à pétrole, une roue, ou devrais-je dire un pneu d'hélicoptère, une surface où poser les récipients, chauffée à vapeur d'eau au moyen d'un brûleur M-37. Des régimes thérapeutiques étaient organisés, un cuisinier était affecté et un réfrigérateur spécial acquis. » Heureusement, « l'US Army était très généreuse en me procurant des approvisionnements, du matériel de nettoyage, des brûleurs M-37 et, même, de la crème glacée. Les personnes chargées de l'approvisionnement étaient très serviables ; elles n'arrivaient jamais les mains vides[21]. » Des professionnels comme Doyle ont réussi à empêcher le développement de certaines maladies, la section canadienne du Commonwealth britannique indiquant, en juin 1953, que « les infestations parasitaires ne sont pas aussi courantes qu'on aurait pu le penser, s'il fallait en juger par l'incidence indigène universelle. Cela en dit long sur les cours de familiarisation que les troupes recevaient et sur la gestion pratique de l'hygiène et de la nourriture au sein du service[22]. »

Et la bataille ne se terminera jamais, comme Otto Apel se le rappellera. « Un facteur très distinct dans le fonctionnement de l'hôpital militaire de campagne et les opérations de l'armée en Corée était la maladie. Plusieurs patients qui vinrent à cet hôpital n'étaient pas blessés mais avaient contracté une quelconque maladie qui les empêchait d'accomplir leurs tâches. Cela est vrai dans toute guerre. Les maladies de routine du temps de guerre, typhus, malaria, dysenterie, engelures, sévissaient au sein de la troupe. Les maladies communes qui peuvent être traitées aux États-Unis, comme la bronchite, deviennent souvent des maladies graves dans un théâtre d'opérations. Une maladie, jusque-là inconnue et souvent fatale, la fièvre virale hémorragique, un état pénible caractérisé par des maux de tête et des maux de dos, une nausée et, finalement, un suintement de sang à travers la peau, ravagea la zone de combat, et personne ne sut ce qu'il fallait exactement faire à ce sujet. Dans toute

21. F. A. Landells, *op. cit.*, p. 514.
22. ANC, RG 24, v 18,384, Cdn Sect British Gen Hosp, Jun 53, Appx 3.

guerre — et la Corée n'était pas une exception — la maladie est plus courante que la blessure infligée par l'ennemi[23] », bien que la fièvre virale hémorragique ait peut-être été le plus terrifiant de ces malaises.

Selon le rapport de 1950 du Brigadier Hunter et du Colonel Andrew, « parmi les maladies rencontrées en Corée, citons la peu connue fièvre virale hémorragique, décrite dans une certaine mesure par les Japonais en 1939 ». Caractérisée par des symptômes tels qu'une fièvre aiguë, des capillaires suintants, une hémorragie et des lésions rénales, « les cas variaient du bénin à ceux qui nécessitaient un traitement choc... Il a été difficile de déterminer la cause de la maladie, mais on estime généralement qu'il s'agit d'un virus avec le vecteur d'un acarien associé aux rongeurs. Des mesures préventives ont été prescrites pour l'éradication des rongeurs et pour imprégner les habits de produits acaricides et répulsifs. Le traitement est non spécifique, consistant principalement en un soutien physiologique bien adapté. Les malades voyageaient mal par la route, ce qui fait qu'on avait recours à l'évacuation par hélicoptère quand cela était faisable, ce qui était perçu comme de nature à réduire l'hémorragie et le choc. On trouva qu'il était préférable de centraliser de tels cas dans l'intérêt de l'expérience en évaluation et en thérapie. Le taux de mortalité parmi les forces des Nations Unies était de cinq à sept pour cent[24]. »

Deux ans plus tard, la maladie restait une sorte de mystère, la section canadienne de l'hôpital du Commonwealth britannique indiquant, en juin 1952, qu'elle avait admis trois patients souffrant de fièvre ce mois-là. Il s'agissait de deux soldats britanniques, qui étaient tombés malades alors qu'ils étaient en permission, et d'un Canadien, qui développa des symptômes tandis qu'il faisait partie d'un groupe de renforcement. « Ces trois cas servent à souligner le fait que la période d'incubation peut atteindre trente-cinq jours. Il est bien concevable, de ce fait, que les militaires revenant au Canada en rotation puissent développer leurs symptômes initiaux à bord du navire ou, pour ceux voyageant par voie aérienne, après leur retour au Canada. » Pour cela, les médecins militaires au Japon devaient être à l'affût de la maladie, alors que les médecins au Canada avaient besoin d'être mis en garde au cas où ils la déceleraient parmi le personnel de retour. Personne ne savait si quiconque avait contracté la maladie pouvait un jour reprendre le service à plein temps, compte tenu des possibles lésions rénales[25]. (Selon Barry E. Zimmerman et David J. Zimmerman, la cause de la maladie n'a été découverte qu'en 1976. Elle fut appelée Hantaan, du nom d'une rivière

23. Otto F. Apel et Pat Apel, *op. cit.*, p. 122.
24. ANC, MG 31, J7, Smith Papers, v.3, Papers Circulated to Members, n° 87.
25. ANC, RG 24, v.18, 383, Cdn Sect, Brit Com Hosp, Jun 52, Appx 4.

en Corée, de là vient le mot hantavirus. Son vecteur est un mulot, et la maladie peut se propager quand le virus qui se trouve dans son urine devient aérogène. Une épidémie dans le Midwest des États-Unis, en 1993, a touché 40 personnes, dont 25 ont trouvé la mort[26].)

D'autres maladies, comme la malaria, étaient mieux connues, particulièrement par ceux qui avaient servi en Sicile et dans le sud de l'Italie au cours de la Deuxième Guerre mondiale. L'incidence en Corée était inférieure à ce qu'elle avait été lors de la campagne méditerranéenne, et la Paludrine a prouvé son efficacité en tant que médication neutralisante. Pourtant, « à la suite de la rotation de la brigade canadienne en 1952, plus de 1000 cas de malaria ont été signalés pendant les mois suivants au Canada », bien que le traitement à la Primaquine ou à la Chloroquin ait sensiblement réduit le taux de récurrence ; après la rotation de 1953, le taux d'infection de la malaria était seulement le cinquième de ce qu'il était une année auparavant[27]. Écrivant au directeur général du service de santé au début de 1952, Milton Brown, consultant en médecine préventive, nota que ce médicament était « très efficace[28] » mais seulement si on suivait la posologie. La section canadienne de l'hôpital du Commonwealth britannique, pour sa part, indiqua, en juillet 1952, que « le développement de la malaria parmi le personnel arrivant de Corée continue à représenter, en quelque sorte, un problème et la raison paraît toujours être l'échec à se conformer rigoureusement à la prise quotidienne de Paludrine. On estime qu'il faudrait examiner sérieusement la possibilité de faire suivre une cure de trois jours de Chloroquine en doses thérapeutiques à tout le personnel canadien quittant la Corée[29]. »

Plus encore que la malaria, les MTS avaient été une plaie pour les forces armées du Canada depuis la Première Guerre mondiale. Par contre, l'utilisation d'antibiotiques changeait la donne, de telle façon que, même si l'incidence des MTS était élevée, les patients… n'étaient pas absents de leurs unités très longtemps[30]. Quand même, Milton Brown nota qu'elles étaient compliquées par des aspects « sociaux, moraux et religieux, aussi bien que médicaux », une équipe de recherche opérationnelle de l'armée canadienne ayant trouvé 2402 cas en une période de 31 semaines. Environ le quart de ce nombre était des cas de chancre mou, ce qui ne s'était pratiquement jamais vu au Canada. En revanche, la syphilis touchait seulement trois pour cent des victimes et

26. Barry J. Zimmerman et David J. Zimmerman, *Killer Germs : Microbes and Diseases that Threaten Humanity*, Chicago, 1996, p. 142-145.
27. ANC, MG 31, J7, Snearh Papers, v.3, Papers Circulated to Members, n° 87.
28. ANC, RG 24, 83-84/167, Box 7718, 20-1-1, pt. 4, Milton Brown, Consultant in Preventive Medicine, to Brig W. J. Coke, DGMS, 26 Mar 52.
29. ANC, RG 24, v.18,383, Cdn Sect Britcom Gen Hosp, Jul 52, Appx 4.
30. ANC, MG 31, J7, Snearh Papers, v.3, Papers Circulated to Members, n° 87.

une autre forme, l'urétrite non spécifique, se retrouvait chez environ la moitié des personnes atteintes et était, peut-être, la plus difficile à traiter. Généralement, cependant, « le fait de contracter une MTS n'empêche pas un soldat de rester dans son unité et d'être en mesure de s'acquitter de ses obligations militaires… Bien plus, un laps de temps de trois mois pour tester un remède à la suite d'une infection avant d'être admis à une rotation au Canada est non seulement une pratique saine d'un point de vue médical mais devrait servir de dissuasion contre la contraction de cette maladie… Certains pourraient dire que cette mesure conduit à la dissimulation[31] », problème qui a toujours accompagné les tentatives de recourir à des mesures disciplinaires pour prévenir ce type de maladies.

Les défenseurs de la santé publique, toutefois, ont longtemps insisté sur le fait qu'il fallait tenir un registre exact de ceux qui souffraient de MTS et que retracer leurs contacts sexuels représentait une importante stratégie en vue de prévenir la propagation de la maladie. Pour la Corée, on suggéra ainsi que « la procédure de maintien d'une liste maîtresse des cas traités au Quartier général de l'armée permettant d'effectuer des tests sanguins périodiques est de la plus haute importance. Les noms de tous les cas traités, parmi ceux servant en Corée, au groupe de renforcement au Japon, et ceux recevant un traitement alors qu'ils sont en permission, devraient figurer sur cette liste. Aussi longtemps qu'ils seront en service, ils pourront être suivis de manière adéquate pour une sérologie du sang et, lors de la démobilisation, ce rôle pourra être repris par l'autorité civile. » Se basant sur une telle documentation, Milton Brown rapporta que « les deux tiers des cas de la maladie sont contractés au Japon. Cela signifie que les centres principaux se trouvent à Tokyo, où se déroule la permission de cinq jours de Corée, ainsi que dans et autour de Hiro et Kure pour le personnel aux renforts et dans les dépôts. » La prévention, en dehors des efforts éducatifs (y compris les films), était problématique, parce que la pénicilline, utile comme prophylactique contre la gonorrhée, pouvait masquer les symptômes de la syphilis. Brown recommanda qu'un essai soit mené pour déterminer les mesures chimiques efficaces de prévention[32].

Moins clinique, mais aussi révélateur de l'impact des MTS parmi les forces armées canadiennes, fut le rapport du chef d'état-major général au Conseil de la Défense, qui suivait de deux mois les observations de Brown. Le président du Conseil de la Défense l'a décrit comme étant « troublant », à partir du moment où « apparemment, le taux actuel est

31. ANC, RG 24, 83-84/167, boîte 7718, 20-1-1, pt 4, Milton Brown, Consultant in Preventive Medicine, to Brig W.L. Coke, DGMS, 26 Mar 52.
32. *Ibid*

approximativement dix fois plus important que ce qu'il était au cours de la Deuxième Guerre mondiale ». Pour ce qui est des détails, « le chef d'état-major général (CEMG) a déclaré que les appels pour des considérations morales paraissaient être sans effet et qu'il croyait que le seul moyen de réduire l'incidence des MTS serait par le lancement d'une campagne de santé vigoureuse au Japon et en Corée. Les Nations Unies comprenaient une organisation de santé, à laquelle contribuaient financièrement tous les membres, directement ou indirectement. Sachant que la campagne coréenne est une opération des Nations Unies, il a estimé que la protection de la santé des soldats devait être la préoccupation de l'organisation de santé de l'ONU, les observations devant être faites à l'ONU à cet effet par le truchement des Affaires étrangères[33]. »

Au sujet d'une punition quelconque à imposer pour avoir contracté la maladie, le CEMG répondit que « ce n'est pas un crime de ne pas se présenter pour un traitement prophylactique à la suite d'une exposition, mais que c'est un crime de dissimuler une MTS ». Mais encore, selon le Comité des directeurs du personnel, « il fut un temps où un homme, qui contractait une MTS, ne recevait pas de paie pour chaque jour où il n'avait pas rempli ses fonctions, mais ce règlement a été aboli parce qu'il encourageait la dissimulation. Présentement, un règlement existe, en vertu duquel un homme infecté doit attendre quatre-vingt-dix jours avant d'être rapatrié d'Extrême-Orient. Apparemment, le Dr Stanbury, de la Croix-Rouge, avait l'impression que ce règlement était source de dissimulation, toutefois, le brigadier J. M. Rockingham estimait, lui, que c'était là un bon règlement et qu'il devait être maintenu[34]. » Rockingham commandait la brigade canadienne en Corée à l'époque, et il fait peu de doute qu'il accepta le règlement de quatre-vingt-dix jours afin d'empêcher la propagation de la maladie parmi les familles des soldats de retour au pays.

La question fut abordée au sein du Comité médical interarmes en juillet 1952, et « son opinion est que, bien qu'il existe une augmentation du taux des MTS au Japon et en Corée, les militaires de retour au pays ne présentent aucune menace majeure pour le public canadien. Cela est dû à un double processus de dépistage pour tout le personnel de retour de ce théâtre. » Quant aux mesures disciplinaires, « en ce qui touche l'opportunité d'amender les règlements dans le but de rendre un individu responsable pour ne pas avoir déclaré une MTS, le Comité médical interarmes estime que cela constituerait un évident pas en arrière. La peur d'être sanctionné tendrait à susciter une dissimulation. Il est

33. ANC, RG 24, 83-84/167, Box 7718, 20-1-1, pt 4, Extract from the Minutes of the 58th Meeting of Defence Council, 27 May 52.
34. *Ibid.*

préférable de traiter adéquatement toutes les MTS plutôt que de pousser certaines personnes dans la clandestinité. Les suspensions pour cause d'hospitalisation affecteraient uniquement une toute petite proportion des hommes qui contractent la maladie, parce que des méthodes de traitement développées récemment éliminent la nécessité d'une hospitalisation, à l'exception des cas hautement résistants », certaines bactéries ayant déjà développé des défenses contre les antibiotiques[35]. Le Comité des directeurs du personnel convint qu'aucun changement des règlements ne s'imposait.

Comme si la guerre contre la maladie ne présentait pas un défi suffisant, celle contre la Corée du Nord et son allié chinois en a augmenté la complexité, compte tenu de la nécessité de transférer les malades et les blessés vers les zones de traitement. Comme Otto Apel se le rappela, « l'évacuation des blessés des lieux de combat vers l'hôpital était toujours un des problèmes primordiaux qui se présentaient aux médecins en temps de guerre[36] », un état de choses que les Canadiens étaient loin d'ignorer. Sans doute que le meilleur exemple de cette situation fut offert par Ernest William Poole, adjoint médical affecté au 2e Bataillon du Royal Canadian Regiment. Lorsque, le 2 octobre 1951, l'unité avança dans le cadre d'une attaque générale, « à 17 h 45, le peloton n° 6 se retrouva sous des tirs nourris et précis des armes légères et des mortiers de l'ennemi, venant du flanc gauche, et des tirs intenses d'armes automatiques venant du flanc droit. En quelques minutes, le peloton déplorait une douzaine de victimes, certaines dans un état critique. À cause des pentes escarpées et de la broussaille épaisse, il n'a pas été possible de déterminer avec précision le lieu où se trouvaient les victimes et la nature de leurs blessures, et il y avait un réel danger que certaines d'entre elles ne soient perdues là où elles étaient tombées. » Le caporal Poole :

> était le sous-officier en charge des brancardiers de la compagnie B pendant cette opération. Ses initiatives ont constitué les meilleures preuves de courage sous le feu de l'ennemi et contribué, de façon très nette, au succès final de l'opération... le Caporal Poole avança, sous un feu intense de mortiers et d'obus, pour assurer les premiers soins et prendre des dispositions pour l'évacuation des blessés. Il avait été averti qu'il pourrait être tué, mais il insista : « J'ai un travail à faire et je le ferai. » Il a fouillé méticuleusement toute la région et ne s'est arrêté que lorsqu'il fut sûr que le décompte de toutes les pertes avait été complété. L'artillerie de l'ennemi et ses mortiers harcelaient la région, les francs-tireurs et mitrailleurs de l'ennemi rendaient tout mouvement dangereux, mais rien ne

35. ANC, RG 24, 83-84/167, Box 7718, 20-1-1, pt 4, A. W. Wood, Sec ISMC, to Sec PMC, 16 Jul 52.
36. Otto F. Apel et Pat Apel, *op. cit.*, p. 44.

pouvait le dissuader de rechercher les blessés. Deux des victimes ont été atteintes, de nouveau, pendant qu'il les soignait, mais il persévéra à les secourir avec un calme serein[37].

Le travail de Poole nécessitait, visiblement, plus que de simples connaissances médicales puisque, se trouvant alors toujours sous le feu, il improvisa des civières faites de fusils et de branches, fixant solidement ses patients avec des ramures épaisses.

> Il se déplaça d'un homme à l'autre sans faire aucunement cas de sa propre sécurité, sa main ferme et son courage tranquille soulagerent tous les blessés... Lorsque les blessés furent prêts pour l'évacuation, le Caporal Poole ramena son groupe de porteurs quelque 3000 verges [2,5 km] vers l'arrière, dans l'obscurité, au poste de secours régimentaire (PSR). Le chemin était constamment la cible de tirs d'obus, les patrouilles de l'ennemi avaient infiltré les deux bords, la région était lourdement minée, et même les dangers naturels suffisaient à dissuader tout et chacun, sauf les plus courageux. Mais le caporal Poole conduisit son groupe avec confiance, et toutes les victimes ont été portées et sont bien arrivées, sauves, au PSR. Sans aucun doute, ses qualités de commandement et la ténacité avec laquelle il a accompli sa tâche contre vents et marées ont été cruciales pour sauver la vie d'un officier, de trois autres officiers et militaires du rang, et pour empêcher que deux des blessés ne tombent aux mains de l'ennemi.
>
> Tout au long de la journée du 3 octobre, toute cette nuit-là et le jour suivant, le caporal Poole poursuivit sa tâche de soigner les blessés. Là où les premiers soins s'imposaient, il était présent pour les administrer. Il était absolument infatigable dans son travail[38].

La citation conclut que « la détermination consciencieuse du caporal Poole à accomplir sa tâche, le peu de cas qu'il fit de son propre bien-être, sa conduite exemplaire dans les conditions adverses les plus extrêmes, et ses qualités de commandement exceptionnelles, ont, non seulement sauvé la vie de cinq hommes et rendu possible l'évacuation et le traitement de plusieurs autres, mais, bien plus, ont poussé ses camarades à poursuivre le combat et contribué, dans une grande mesure, à atteindre l'objectif avec succès. » Son commandant de bataillon recommanda de lui accorder la Croix de Victoria, la plus haute distinction pour vaillance dans le Commonwealth, ce à quoi agréa le commandant de la brigade canadienne. L'officier général britannique commandant la 1re Division du Commonwealth, toutefois, avec l'approbation de son compatriote, le commandant en chef des forces du Commonwealth britannique en Corée, accorda, en lieu et place, la Médaille de conduite distinguée à

37. DHH 96/47, File 2, Poole, Ernest William.
38. *Ibid.*

Poole. Bien que venant en second après la V.C., cette médaille fait de Poole le praticien médical le mieux décoré de la période d'après-guerre.

Derrière les lignes de front, où Poole et ses camarades effectuaient leur dangereux travail, les défis étaient posés aussi bien par l'infrastructure que par les actions de l'ennemi. Comme le major B. D. Jaffey, de la 37e Ambulance canadienne de campagne, le rapporta, en septembre 1952, « l'évacuation des malades et des blessés en Corée a créé de nombreux problèmes pour le Service de santé... La Corée est un pays au relief très accidenté et pittoresque, parsemé de vallées entre les nombreuses collines qui forment son terrain géographique. La majorité des routes situées dans les régions plus à l'avant sont de classe III, et les principales routes d'approvisionnement sont de classe II. Il n'y a pas de route de classe I au-delà de Séoul, la capitale du pays. En plus, les variations saisonnières font que l'entretien des routes relève de la plus grande prouesse. En plein été, lors de la saison des pluies, plusieurs routes sont ravinées ou deviennent des terrains marécageux de boue, ce qui contraint à utiliser des voies alternatives. » Les ponts étaient souvent érodés, y compris ceux enjambant l'Imjin, un important fleuve, de telle façon qu'on en arrivait à envisager la mise en place d'un système de câble aérien pour transporter les patients[39].

L'expérience canadienne à l'époque du rapport de Jaffey était vaste : « le Corps médical de l'Armée royale canadienne avait été responsable de l'entretien sur le terrain d'une ambulance de campagne, d'une infirmerie de campagne divisionnaire, d'une équipe de transfusion et de chirurgie de campagne, d'une section canadienne à l'hôpital général du Brit Comwel [Commonwealth britannique] à Kure, au Japon, aussi bien que du maintien du personnel médical nécessaire pour les différentes armes et les unités de soutien dans la brigade. En plus, du personnel du Corps médical royal canadien est attaché à différents hôpitaux militaires de campagne américains (MASH) en qualité de liaison, et remplit également certains postes vacants à l'infirmerie de campagne du corps. L'actuel DASS [Directeur adjoint des services de santé, le médecin militaire du rang le plus élevé de la division] est canadien. » Pour ce qui est du système d'évacuation qui reliait toutes ces facilités, « en général, les blessés peuvent être classés en deux groupes. Le premier comprend les blessés atteints par des tirs d'armes légères et de mortiers quand nos forces sont au combat, à l'embuscade, la reconnaissance, en patrouille ou en patrouille de harcèlement « jitter patrol » [Note : Une telle patrouille avait pour but de semer le trouble dans les rangs de l'ennemi], et celles-là surviennent invariablement au-delà de notre périmètre de

39. ANC, RG 24, v 18,385, 37 Cdn Fd Amb, Sep 52, Appx 3N, Maj B. D. Jaffey RCAMC, Casualty Evacuation in Korea.

défense (PD). Le second groupe comprend les victimes des bombardements ennemis et des chutes de mortiers au sein de notre PD. » Au moment où ces lignes ont été écrites, les aéronefs de l'ennemi n'avaient pas encore constitué un facteur dont on devait tenir compte[40].

Les défis étaient nombreux, « en raison du mauvais état des routes et du fait que, souvent, les routes situées à l'avant sont surveillées par l'ennemi et à la portée de ses mortiers et de ses bombardements, l'équipe ambulancière doit faire face au feu roulant de l'ennemi durant le jour ou voyager sans feux dès la tombée de la nuit, afin de pouvoir atteindre la tête de la colonne de Jeeps de la compagnie », autrement dit le point le plus proche de l'ennemi que les véhicules pouvaient atteindre. « Ils doivent retourner par la même route à vitesse réduite (5 mi/h) [8 km/h] selon la gravité des blessures de la victime. » De surcroît, « à l'occasion, le terrain montagneux, quand le poste de commandement et les avant-postes de la compagnie se trouvent à une distance atteignant jusqu'à deux milles au-delà de la colonne de Jeeps, cela nécessite de porter les blessés sur une civière [...] à travers des tranchées et au-dessus du sol, jusqu'à atteindre la tête de la colonne de Jeeps. Normalement, la perte de temps la plus importante dans l'évacuation des blessés se situe dans le transport long et nécessaire vers l'ambulance. Une fois à bord, seulement un court laps de temps est nécessaire pour ramener les blessés au niveau du poste de secours régimentaire. » Le major Jaffey était en mesure de donner quelques exemples, comme « récemment, dans le cas de patrouilles de combat de la force d'une section ou davantage, dans le but de réduire le temps nécessaire d'attente de soins médicaux spécialisés, l'officier médical régimentaire et un adjoint médical ont établi un poste de secours régimentaire avancé au niveau du poste de commandement de la compagnie », au lieu du poste de commandement du bataillon, comme cela était la règle.

> Le médecin militaire responsable de la section d'appui de l'ambulance de campagne avance au niveau du poste de secours régimentaire avec un assistant pour s'occuper de toutes les victimes potentielles dans le reste du bataillon. Cela est faisable si le poste de secours avancé se trouve dans un rayon de trente minutes de route du niveau du poste de secours régimentaire ou si la victime est envoyée directement du niveau de ce poste vers le poste de secours avancé, évitant le poste de rassemblement des blessés (PRB) [une section avancée de l'ambulance de campagne].
>
> En ce faisant, on s'efforce de donner aux victimes les plus gravement atteintes les meilleures chances de rétablissement, la thérapie antichoc pouvant être appliquée au niveau de la compagnie et poursuivie le long de la route...

40. *Ibid.*

Évacuation d'un soldat blessé du 2e bataillon, Royal Canadian Regiment, vers le 8055 MASH, 22 juin 1952. ANC, PA 128851.

> Dans les cas graves, des évacuations par hélicoptère peuvent être organisées en un minimum de temps le jour, de telle façon que 30 à 60 minutes après avoir appelé un hélicoptère, le patient est normalement en vol, en route pour l'un des hôpitaux militaires de campagne[41].

Un mélange de méthodes très anciennes et de technologie moderne d'aviation.

Cette dernière méthode mérite un examen détaillé, sachant que l'utilisation d'hélicoptères pour évacuer les victimes de maladies et de la guerre moderne est devenue une sorte de légende. Théoriquement, cette idée n'était pas nouvelle, le commandant d'aviation W. C. Gibson joignant à une lettre adressée au médecin principal du commandement aérien de l'ouest, en janvier 1945, « des photos de l'hélicoptère construit par Stanley Hiller et que j'ai vu à Berkeley, en Californie, en novembre ». Dans des discussions avec Hiller, « au sujet des futures potentialités des hélicoptères pour le travail médical dans des régions montagneuses comme la Colombie-Britannique, il a pris l'initiative de raconter que la US Navy est en train de mettre au point un grand hélicoptère de sauvetage de sa propre conception[42]. » Que la fin de la Deuxième Guerre mondiale en ait émoussé l'intérêt, ou que l'ARC ait eu tout simplement son attention braquée ailleurs, le projet fut mis de côté, un quartier général plus élevé émettant l'avis, en septembre, qu'il « était intéressé par la possibilité de recourir à des hélicoptères pour servir d'ambulances

41. *Ibid.*
42. ANC, RG 24, v.5393, HQS 60-1-46, S/L W. C. Gibson to PMO Western Air Command, 4 Jan 45.

de sauvetage, mais qu'aucune initiative n'était envisagée à cet égard dans l'avenir immédiat[43] ».

Plus nombreuses et plus riches, les forces américaines avaient des ressources plus importantes pour développer de telles technologies, de telle façon que, lorsque le 2e Bataillon du Princess Patricia's Canadian Light Infantry (PPCLI) mena une bataille rangée près de la rivière Kap'yong en avril 1951, un aéronef était disponible. « À la même époque, un certain nombre de membres du PPCLI gravement blessés étaient transportés par voie aérienne par deux hélicoptères de l'armée américaine », ce qui a non seulement accru les chances de survie des patients concernés mais a sans doute augmenté le potentiel de combat des soldats. Selon Brent Watson, dans un article court mais bien documenté, un facteur « soutenant le moral des hommes était le fait de savoir que, s'ils étaient sérieusement blessés, ils se trouvaient à seulement quelques minutes d'un traitement médical de pointe. L'hélicoptère de transport des victimes en était encore à ses débuts à Kap'yong, mais son impact positif sur le moral (sans mentionner le nombre des morts) était déjà apparent. » En tout, dix membres du PPCLI furent tués au combat[44]. Un an plus tard, la 37e Ambulance de campagne nota « qu'en raison des difficultés du terrain sur la Ligne Kansas », qu'elle soutenait, et sachant que, en conséquence, les compagnies d'infanterie « ne seront pas facilement accessibles », l'évacuation des blessés par la route serait difficile. « On prévoit que, par conséquent, on aura recours à l'évacuation par hélicoptère sur une vaste échelle », et les bataillons d'infanterie furent appelés à « effectuer immédiatement une *recce* [reconnaissance] pour trouver des pistes convenables pour les hélicoptères et entamer la construction sur des sites choisis ». En général, si une route passait par la position d'une compagnie d'infanterie, il n'était pas nécessaire de recourir à des hélicoptères. Dans le cas contraire, une aire de décollage et d'atterrissage pour des appareils devait être choisie[45].

Déjà, le pilote d'hélicoptère avait rejoint les chevaliers de l'air de la Première Guerre mondiale, les « Few » de la Bataille d'Angleterre, au panthéon des héros de l'aviation. La 25e Infirmerie de campagne rapporta ainsi, en août 1952, que « l'évacuation des victimes canadiennes par hélicoptère en Corée est une méthode inspirante qui sauve des vies et mérite une attention considérable. Il n'y a pas de spectacle plus magnifique que celui d'un hélicoptère remontant une vallée coréenne pour évacuer un soldat gravement blessé. C'est une scène saisissante, dont plusieurs

43. ANC, RG 24, v.5393, HQS 60-1-46, W/C W. R. Franks for CAS to Air Member CJS Washington, 17 Sep 45.
44. Brent Watson, « Recipe for Victory : The Fight for Hill 677 during the Battle of the Kap'yong River, 24-25 April 1951 », *Canadian Military History*, Spring, 2000, p. 20, 22.
45. ANC, RG 24, v.18,384, 37 Cdn Fd Amb, Jul 52, Appx 9.

de ceux qui sont en Corée se rappelleront, plus particulièrement ceux dont la vie a été sauvée par ce mode de transport rapide et confortable. » Cependant, « l'évacuation par hélicoptère en Corée est réservée à ces soldats gravement blessés et là où le facteur temps est important. De telles victimes sont atteintes de blessures à la tête, ont des plaies ouvertes à la poitrine, des plaies à l'abdomen, ou un fémur fracturé, pour citer quelques catégories générales. Les hélicoptères volent à très basse altitude, ce qui fait que le manque d'oxygène n'est pas une contre-indication dans les cas de blessures à la tête ou à la poitrine, et donc tous les blessés peuvent être évacués grâce à cette méthode[46]. »

De ce fait, « la décision de faire appel à un hélicoptère appartient au médecin militaire au poste de secours régimentaire, au PRB ou au PSA. Au niveau du bataillon, l'aspect tactique doit être envisagé relativement à la position du poste de secours régimentaire, la possibilité subséquente d'attirer les tirs de l'ennemi sur cette région et la sécurité de l'hélicoptère et de l'équipage par rapport à ces tirs. À partir de là, pour des raisons tactiques, la demande du conseiller médical régional pour un hélicoptère doit passer par le poste de commandement du bataillon. Au niveau du PRB, il faut compter avec les mêmes facteurs que ceux mentionnés. Ainsi, il est rare que le PRB fasse la demande pour une évacuation par hélicoptère et alors seulement pour un cas d'urgence. » Habituellement, les postes d'évacuation des blessés envoient les victimes à un PSA qui, se trouvant à une distance de 2 à 7 milles [3,2 à 11,2 km] derrière le poste de secours régimentaire, était un endroit plus sûr pour l'atterrissage d'un hélicoptère ; il permettait aussi d'effectuer des traitements médicaux plus élaborés avant que le patient soit transporté par voie aérienne. « Plasma, oxygène et une thérapie générale de soutien, qui sont autant de mesures pouvant sauver la vie, sont facilement assurés, et une évaluation sérieuse et appréciable de la condition générale du patient peut être faite. La manière avec laquelle l'évacuation sera entreprise sera alors facilement décidée[47]. »

Par exemple, selon la 25e Infirmerie de campagne, « imaginez un poste de secours régimentaire dans une vallée latérale. L'hélicoptère, en réponse à la demande d'évacuation, arrive au-dessus des collines et, alors qu'il s'approche de la ligne de front, devient clairement visible par l'ennemi. En atteignant la vallée en question, le pilote prendra note de l'aire d'atterrissage et, ensuite, la dépassera pour se rendre dans une zone tactiquement vide. Alors, descendant hors du champ de vision de l'ennemi, il vole le long du lit de la vallée vers l'aire d'atterrissage. De cette façon, le pilote espère que les bombardements épargneront la

46. ANC, RG 24, v.18,396, 25 Cdn FDS, Aug 52, Appx 9.
47. *Ibid.*

région où se trouve le poste de secours régimentaire et toucheront la zone où il s'est dérobé à la vue de l'ennemi. La victime est ensuite embarquée et directement transportée dans un hôpital militaire de campagne américain ». Tous ces vols étaient menés par des unités américaines, les sorties étant normalement effectuées pendant les heures du jour et par temps clair. L'infirmerie de campagne nota également qu'on avait besoin des hélicoptères pour d'autres besognes, telles que la recherche et le sauvetage des pilotes abattus, ce qui fait que leur rôle était limité et qu'ils pouvaient uniquement servir comme accessoires de l'ambulance automobile. Du 1er juillet 1951 au 29 février 1952, seulement 31 Canadiens furent évacués de cette façon[48].

Moins prestigieuse, la 38e Colonne ambulancière motorisée du Canada (ou CAMC), une unité du Corps royal de l'intendance de l'Armée canadienne était responsable de déplacer des milliers de patients. Arrivée en Corée le 5 mai, elle enseigna ou réenseigna ses quelque 24 membres la manipulation des armes légères dès le 9 mai. Durant les jours qui suivirent, des victimes furent évacuées « l'hôpital militaire de campagne no 8076 ou au 8055, et, le 24 mai, il commença à servir de moyen de liaison terrestre entre un poste de secours avancé et l'hôpital militaire de campagne no 8055. Le 31 mai, 201 patients avaient déjà été transportés. La guerre n'était jamais loin, l'unité recevant l'ordre de « protéger toutes les jeeps par des sacs de sable pour empêcher les blessures par mines ». En août l'unité « fortifia des positions pour le périmètre de défense de la région. Chaque homme reçut des instructions sur son rôle en cas d'attaque venant des airs. La 38e CAMC fut aussi chargée de la défense des infirmeries de campagne. » Au cours des mois qui suivirent, l'unité nota quelques incidents, dont des coups de feu tirés par un soldat canadien en état d'ébriété, un accident mortel lorsqu'une personne tomba d'un véhicule, et une série de manifestations civiles en juin 1952. Le 5 juin : « il y eut une augmentation sensible dans le nombre des Coréens manifestant pour l'unification des deux Corées, et des manifestations mineures », alors que, deux jours plus tard, il y eut « de grandes manifestations dans la ville de Séoul. Les conducteurs ont été avertis de rester à l'écart du centre de Séoul, pour éviter les problèmes avec les manifestants qui étaient rassemblés dans le centre de la capitale. » Comme si on voulait prouver que le conflit dépassait le cadre d'une guerre de mots, une alerte aérienne fut déclenchée le 8 juin[49].

Pour déplacer une victime, il était donc possible de recourir à l'un des trois moyens suivants : à pied, dans des véhicules à roues ou par hélicoptère. Il y avait aussi une vaste gamme d'installations, où les

48. *Ibid.*
49. ANC, RG 24, v.18,393, War Diary, 38 Cdn Mac RC ASC.

malades et les blessés pouvaient être soignés, à commencer par le poste de secours régimentaire au sein d'un bataillon d'infanterie, suivi par le poste d'évacuation des blessés et le poste de secours avancé d'une ambulance de campagne, puis par l'infirmerie de campagne et l'hôpital militaire de campagne. Comme nous l'avons déjà vu, ceux les premiers maillons de la chaîne étaient des unités médicales canadiennes, les hôpitaux militaires de campagne et les hôpitaux à l'arrière étant, respectivement, des installations américaines et britanniques/Commonwealth. Nous avons vu comment la 25e Ambulance était mobilisée pour le service au cours de la première année de la guerre. Plus tard, la 37e Ambulance l'a remplacée, car, à l'encontre des guerres précédentes, les soldats effectueraient leur rotation sur le théâtre coréen plutôt que d'être envoyés outre-mer « pour une même durée ». Comme on peut s'y attendre dans un conflit marqué de périodes de patrouilles, ponctuées par des attaques occasionnelles, l'expérience de cette unité variait d'un mois à l'autre. En juin 1952, elle rapporta « qu'au cours du mois passé, l'unité a été assez active, enregistrant une proportion considérablement plus élevée que d'habitude de pertes au combat, dont un certain nombre de morts[50] ». Le mois suivant, elle releva que « l'ambulance de campagne, moins une section attachée à la section avant de la 25e FDS canadienne, opère comme un poste de secours avancé, une infirmerie et un service d'urologie. Le poste de secours avancé s'occupe de la revue des malades des unités de la brigade et des unités de la division. La revue des malades accueille les patients des ambulances de campagne de la 1 Comwel Div [Division du Commonwealth], allégeant ainsi la pression sur la FDS. La clinique urologique s'occupe de toutes les formalités de départ du personnel devant subir une rotation au Canada, partant en permission ou en cours, aussi bien que des cas de MTS de toutes les unités de la 25e Brigade d'infanterie canadienne [et] des divisions environnantes[51]. »

Plus tard, les opérations des unités ont été de nouveau dominées par les victimes du champ de bataille, l'ambulance de campagne indiquant, en septembre : « durant la toute première partie du mois, l'évacuation des victimes des tirs de mortier de l'ennemi était relativement importante, particulièrement des positions du 1 R22eR [Royal 22e Régiment]. Toutefois, vers la fin du mois, les tirs de l'ennemi diminuèrent, et le nombre des victimes diminua en conséquence lui aussi. » Cela était pour le mieux, la chaîne d'évacuation étant devenue quelque peu complexe, à cause des bombardements de l'ennemi, et les blessés passant des trois compagnies du Royal 22e Régiment à travers le poste de secours régimentaire à un poste d'évacuation des blessés de la 60e Ambulance

50. ANC, RG 24, v 18,384, 37 Cdn Fd Amb, Jun 52, Appx 13.
51. ANC, RG 24, v 18,384, 37 Cdn Fd Amb, Jul 52, Appx 10.

Des blessés, membres du Royal 22e Regiment, sont évacués par ambulance, 23 octobre 1951. ANC, PA 183968

de campagne indienne, avant d'arriver au poste de secours avancé de la 37e Ambulance de campagne canadienne. Un autre type de victime est apparu ce même mois, lorsque « le 24 septembre 1952, une patrouille du 1er RCR a capturé un ennemi, et en raison du peu de coopération de sa part, il fut évacué à travers le poste de secours avancé souffrant de commotions cérébrales bénignes. » Le mois de septembre n'a pas marqué la fin de la vague de blessés sur le champ de bataille et, en octobre, le poste d'évacuation sanitaire n° 1 de l'unité rapporta que « cela a été un mois chargé pour le PRB et s'est terminé par trois nuits d'évacuation de victimes sans arrêt », dont deux groupes de blessés du Royal Canadian Regiment, l'un provenant d'une patrouille et l'autre des suites d'une attaque ennemie, aussi bien qu'un groupe du Princess Patricia's Canadian Light Infantry, quand une des patrouilles du bataillon entra en contact avec l'ennemi. Plus de 50 victimes, y compris 14 tués et 21 disparus, ont été déplorées à la suite d'une attaque chinoise le 23 octobre[52]. C'était là une petite guerre brutale.

Décembre 1952 fut différent, du moins pour l'ambulance de campagne qui servit comme unité d'évacuation et petite infirmerie, à partir du 13 décembre, l'infirmerie étant conçue pour accueillir des patients pour un séjour de sept jours chacun. Le front de la brigade était calme, avec 13 blessés évacués par le poste d'évacuation sanitaire de l'unité, et 30 autres par le poste de secours avancé. Le mois suivant, seulement 24 victimes de combats furent évacuées[53]. Une telle routine avait ses propres défis, dont un problème mis en évidence en septembre 1952 et concernant l'utilisation des produits sanguins. « Dans des circonstances pareilles, lorsqu'il était nécessaire de donner du plasma à des

52. ANC, RG 24, v 18,385, 37 Cdn Fd Amb, Sep 52, Appx 3 ; Oct 52, Appx 31.
53. ANC, RG 24, v 18,385, 37 Cdn Fd Amb, Dec 52, Appx 7 ; Jan 53, Appx 10.

Le major Louis Lavallée, officier médical, examine Lee Dong Ki, en Corée, 4 août 1953. ANC, PA 140411.

patients gravement blessés, il était toujours difficile d'obtenir tout le plasma totalement dissous dans un état homogène. De petites boules de matières grasses restaient dans la solution, ce qui, finalement, bloquait la tubulure d'alimentation et arrêtait les transfusions. Cinq lots de plasma différents ont été utilisés avec le même résultat. Vers la fin, on a eu recours à du plasma filtré à travers de la mousseline, mais ce procédé prend beaucoup de temps[54]. »

Par opposition au traitement des blessés du champ de bataille, prendre soin des civils présentait ses propres défis, lorsque « les Coréens des villages environnants ont commencé à se présenter pour une aide médicale. Une clinique de l'après-midi a été donc mise sur pied, dans la section du poste de secours avancé. Le manque d'interprètes a handicapé le progrès de la clinique. La récente acquisition d'un interprète donne maintenant satisfaction. Trois cents civils se sont présentés. La majorité d'entre eux sont des femmes et des enfants. On se trouve, le plus souvent, face à des lésions respiratoires et dermatologiques. La tuberculose pulmonaire pose un problème du fait de l'absence totale d'installations pour des soins hospitaliers ou de sanatorium pour ce genre de patients en Corée. »

L'ambulance de campagne n° 38 fut constituée en mai 1952 pour servir en Corée. Rassemblant son personnel au Camp Borden, « l'unité a acquis sa force en obtenant l'affectation d'officiers et d'hommes de partout au Canada, de différentes installations médicales, d'hôpitaux, de dépôts de l'effectif, de détachements du secteur et du commandement, et, bien sûr, la plus importante source pour le niveau de soldat étant l'École du Corps médical de l'Armée royale canadienne, au Camp Borden, en Ontario. » Il y avait, heureusement, un sain levain d'expérience, « les périodes de service de plusieurs officiers s'étant déroulées

54. ANC, RG 24, v.18,385, 37 Cdn Fd Amb, Sep 52, Appx 31.

avec le 25e Groupe-Brigade d'infanterie canadienne ou le 27e Groupe-Brigade d'infanterie canadienne. Dans la préparation de cette unité pour le service en Extrême-Orient, il a été prouvé que leurs connaissances ont été inestimables. Cela a été le plus évident quand l'unité menait des exercices de combat à simple action en janvier et février 1953[55]. » L'unité comptait 148 membres en décembre. En février, on atteignait 209 tous grades confondus et, le mois suivant, elle pouvait indiquer qu'elle avait mené un exercice d'entrainement appelé *Medical Broad Front II*, où ses troupes avaient exercé le rôle d'une ambulance de campagne, évacuant malades et blessés et assurant les premiers soins, la préparation et la classification des victimes, tout en remplissant la documentation adéquate. Comme ses prédécesseurs, elle était organisée en postes de commandement et trois postes d'évacuation sanitaire. « Le matériel médical dans les postes d'évacuation sanitaire est suffisant pour toutes les procédures de premiers soins ainsi que pour certaines réanimations », ces dernières se référant à l'utilisation de sang et de plasma pour traiter les chocs. « Au poste de secours avancé, il y a l'équipement suffisant pour mener une chirurgie d'urgence et toutes les mesures de réanimation[56]. » Toutes ces ressources seront mises à contribution.

Le 3 mai 1953, « en raison des attaques chinoises sur le RCR, ce poste de secours avancé, bien qu'en réserve, a été impliqué en envoyant des ambulances et des adjoints médicaux ». Le 20, « huit victimes provoquées par le bombardement et le mitraillage au sol de forces alliées par quatre appareils portant des signes distinctifs de l'USAF (la force aérienne des États-Unis), identifiés comme étant des Thunder Jets F-84, ont été traitées dans les lignes de cette Ambulance de campagne. Deux cas ont été évacués par hélicoptère (un Américain et un Coréen), deux Coréens transférés au 25e FDS et quatre Coréens traités et renvoyés en service. » Ensuite, le 9 juin, « tôt ce matin-là, après un appel à l'aide urgent du capitaine H. Gaist, médecin du 2 RAR [Royal Australian Regiment] le capitaine J. J. Glynn arriva avec des provisions supplémentaires de plasma et des nécessaires à profusion pour le RAP australien. En quinze minutes, quatre hommes grièvement blessés ont reçu du plasma par voie intraveineuse, administré par le capitaine J. J. Glynn, tandis que le capitaine H. Gaist se rendit dans les positions de la compagnie pour y soigner les victimes. À première vue, quatre victimes ayant été suffisamment réanimées ont été évacuées par hélicoptère et, après enquête pendant la semaine suivante, on croit qu'ils sont en voie de guérison. » Le 1er juillet se produisit un changement de rythme, l'ambulance de campagne commençant à exploiter une infirmerie de 125 lits, « s'occu-

55. ANC, RG 24, v.18,393, 38 Fd Amb, Mar 53, Appx 6.
56. ANC, RG 24, v.18,393, 38 Fd Amb, Dec 52, Appx 3 ; Feb 53, Appx 4 ; Mar 53, Appx 5.

pant des maladies et des blessures mineures de la Div Comwel et opérant une salle d'examen médical et une clinique pour les MTS, pour les revues de malades de routine des unités des environs. »

L'incident survenu le 10 juillet 1953, ce même mois où un cessez-le-feu mis un terme aux combats en Corée, montre bien tout ce qui attend une ambulance de campagne. Selon le journal de guerre de l'unité,

> un caporal adjoint médical de service reçut un appel d'une unité proche du Génie royal, indiquant que l'un de leurs hommes était sur le point de mourir et nous demandant de dépêcher une ambulance, un adjoint médical, et de garder un médecin militaire et un aumônier militaire en attente. Avant que notre ambulance atteigne la sortie, un appel annonça que le patient était envoyé directement ici. Le médecin militaire de service, ne connaissant pas la religion du patient, fit appel aux aumôniers militaires catholique romain et protestant. En guise de précaution supplémentaire, un autre médecin militaire fut dépêché au poste de secours avancé, au cas où ses services s'avéreraient nécessaires. Le dentiste militaire se présenta aussi, pour le cas où il pourrait prêter main-forte. Tous les adjoints médicaux ont été alertés [et] les plateaux d'examen, gouttières, préparées pour une utilisation immédiate. Le pharmacien fut extrait de son lit, pour fournir du plasma et pour rendre disponible des médicaments supplémentaires ou des équipements qui auraient pu se révéler nécessaires.
>
> Le garde à l'entrée a été averti de diriger le véhicule directement au poste de secours avancé.
>
> Les commis étaient en attente, munis des papiers nécessaires à la documentation. En tout et pour tout, il y avait 25 à 30 personnes touchées par la préparation de l'accueil du patient.
>
> Un véhicule de deux tonnes et demi arriva rugissant à l'entrée suivi par une jeep transportant le Lt-Col [J. D.] Galloway [le commandant de l'ambulance de campagne] et le Capt [G. A.] Vanner. Dès qu'il fut informé à la porte de la situation d'urgence, le commandant se rendit sur-le-champ au poste de secours avancé.
>
> Quand les véhicules ralentirent et stoppèrent au poste de secours avancé, deux adjoints médicaux se précipitèrent à l'extérieur, placèrent le patient sur une civière et le transportèrent en toute hâte à la salle d'examen.
>
> On détermina rapidement que le patient se portait bien et ne souffrait que d'un excès de consommation de boissons enivrantes, et toute douleur qu'il pouvait ressentir était provoquée par une vessie distendue.
>
> Le problème de la vessie fut traité par une courte marche, et quelques tasses de café ramenèrent le patient à la vie. En quelques minutes, il fut restitué à son unité, et l'état d'urgence fut levé[57].

On ignore si l'unité a reçu des félicitations pour sa prompte action.

57. ANC, RG 24, v.18,393, 38 Fd Amb, 10 Jul 53.

Derrière l'ambulance de campagne dans la chaîne d'évacuation se trouvait la 25e Infirmerie de campagne dont le rôle avait été expliqué à l'unité en août 1951. « En tant qu'infirmerie de campagne divisionnaire, votre tâche de base sera de vous occuper des maladies et des blessures mineures de la Division et, de cette façon, rendre inutile l'évacuation d'une grande partie de ces cas hors de Corée. » Afin de réaliser cette tâche, une installation de 200 lits sera mise sur pied, et « durant la présente situation opérationnelle de la Division, vous adopterez une politique de rétention pouvant atteindre 14 jours, sous réserve du facteur dérogatoire qu'un cas ainsi traité doit être probablement RTU pour un service complet durant cette période », RTU signifiant « Retourné à l'Unité. » Un chirurgien et un anesthésiste prendraient soin de la chirurgie, alors qu'un psychiatre traiterait les cas psychiatriques. En septembre, l'unité a admis un total de 710 soldats malades et blessés, a mené 32 opérations mineures dans sa salle d'examen médical (dont huit circoncisions), et traité 97 patients psychiatriques. Le mois suivant fut semblable, commençant par une demande du 121e Hôpital d'évacuation américain pour prendre des patients trop nombreux et dépassant sa capacité ; dix-sept soldats portés sur des civières et quinze blessés à pied sont arrivés de cette façon à la 25e Infirmerie de campagne[58].

Ce même mois, les admissions augmentèrent, « en raison, en grande partie, du nombre de victimes lors des opérations au cours de la toute première partie de ce mois. Le seul autre hôpital dans la région de Séoul — la 121st US Evac Hosp — afficha complet et les patients de la Div Comwel [Commonwealth Division] qui avaient été traités à l'hôpital militaire de campagne norvégien et évacués par le train sanitaire américain furent transférés en notre direction. Ces patients avaient déjà subi une première intervention chirurgicale et avaient été admis dans cette unité en tant que transferts du Normash [l'hôpital de campagne militaire norvégien] et évacués selon les nécessités à... l'hôpital général de Kure. Nous avons été informés que 80 % de toutes les victimes de la Div Comwel ont été évacuées à travers cette unité. » Le nombre des patients arrivant à l'infirmerie continua à croître et, en novembre, « il est noté qu'il y a un accroissement perceptible des cas psychiatriques... Il y a eu une légère hausse du pourcentage des cas de brûlures, et il est prévu que cela augmentera avec l'utilisation accrue de pétrole et d'essence dans des appareils de chauffage improvisés. » Ce mois-là, l'unité fit état de ses premiers patients souffrant de fièvre hémorragique virale, bien que les cas psychiatriques aient formé le plus grand groupe. Le mois de décembre vit, en général, un recul des admissions, malgré le fait que les maladies respiratoires aient été plus communes, à cause du

58. ANC, RG 24, v.18,395, 25 Cdn FDS, Aug 51, Appx V ; Sep 51, Appx 6 ; 4 Oct.

La lieutenant Marjorie Horsnell et son patient, le caporal Claude MacDonald, du 3e bataillon, Princess Patricia's Canadian Light Infantry, en convalescence après un accident de jeep, avril 1953. ANC, PA 173470.

climat froid. « Il y a un recul sensible des cas psychiatriques, assurément dû à la diminution de l'activité opérationnelle », rapporta laconiquement l'unité[59].

Dans les mois qui suivirent, la 25e Infirmerie de campagne traita des patients atteints de blessures et de maladies allant du malaise épidermique aux problèmes glandulaires, au « syndrome post-traumatique » (première utilisation de cette expression), à la fièvre hémorragique virale. Les malades atteints de cette dernière étaient évacués par hélicoptère au 8228e MASH américain, qui se spécialisait dans ce traitement. En été 1952, la circoncision thérapeutique et le traitement des ongles incarnés étaient des procédures répandues, mais en septembre l'unité traitait tellement de patients chirurgicaux que « le besoin d'avoir des soins infirmiers est apparu. Le point de savoir s'il était souhaitable d'avoir des infirmières a été examiné », à partir du moment où elles étaient spécialisées dans le traitement postopératoire. En réalité, le mois suivant, « une opération d'urgence d'un patient souffrant d'un ulcère duodénal perforé a nécessité l'affectation temporaire de deux infirmières pour les soins postopératoires », le personnel requis effectuant le travail nécessaire pendant trois jours. Comme l'infirmerie de campagne le répétera en octobre, « il a été suggéré depuis que les infirmières pourraient remplir une fonction très utile à la 25e Infirmerie de campagne canadienne, vu le nombre d'interventions chirurgicales maintenant effectuées par l'ECC », ou Équipe chirurgicale de campagne. Ce mois-là, plus du cinquième des patients admis étaient victimes de blessures par balles ; le

59. ANC, RG 24, v 18,395, 25 Cdn FDS, Oct 51, Appx 5 ; Nov 51, Appx 5 ; Dec 51, Appx 5.

mois suivant, ils représentaient près du tiers des soldats amenés à l'infirmerie[60].

Comme les négociations pour un cessez-le-feu traînèrent jusqu'en 1953, l'épuisement au combat devint le sujet de discussion le plus important dans le journal de guerre de l'infirmerie de campagne. En mai 1953, le journal rapporta « qu'il y a eu une augmentation du nombre des cas [psychiatriques] ce mois-ci (70, comparés à 53 le mois dernier). Les récents et durs combats dans le secteur sont, sans aucun doute, en partie responsables de cet accroissement du nombre des patients, mais les cas provenant de positions relativement sûres, comme les zones de base et les zones divisionnaires arrière, ont augmenté proportionnellement à ceux provenant de la ligne de front. Bien qu'intenses, les combats ont été essentiellement sporadiques, et il est relativement rare de voir des unités engagées dans un combat avec l'ennemi ou se trouvant sous des bombardements et des tirs de mortier pour de longues périodes. En conséquence, seulement deux cas d'épuisement au combat ont été signalés. La plupart des autres cas de la zone des combats furent des réactions aiguës au stress de combat.... » Le mois suivant, l'unité indiqua que 23 soldats avaient été admis pour épuisement au combat à cause de la poursuite des combats. En juillet, elle avait traité 72 cas de ce genre. « Une grande proportion des patients venait des zones de combat mais, encore une fois, aucun d'eux ne cadrait avec le profil classique de "l'épuisement au combat"... En établissant une corrélation entre les cas psychiatriques de la ligne de front et le recul de l'activité, nous pouvons supposer que la tension dans les esprits des hommes a dû être plus grande ; plus "grande" aussi la peur d'être tué au tout dernier moment[61]. » Les combats cessèrent ce mois-là.

Traiter l'épuisement au combat relevait d'un effort à plusieurs niveaux. « Au cours de la période des hostilités en Corée, écrivirent Hunter et Andrew, le psychiatre divisionnaire de la 1re Division du Commonwealth provenait des rangs du Corps de santé royal canadien. Cet officier était positionné à l'infirmerie de campagne, où il gardait une petite section pour les cas nécessitant une observation ou un traitement à court terme. On restait attaché à la ligne d'action générale consistant à effectuer le traitement aussi près que possible du front, afin de minimiser une dégradation de l'état du patient parce que l'évacuation confirme qu'il est malade. Pour sa routine de travail, « le psychiatre visitait régulièrement l'ambulance de campagne où les patients étaient envoyés. Ceux souffrant d'un léger handicap ou ne souffrant pas de handicap étaient directement renvoyés à leurs tâches. Les cas de handicaps plus

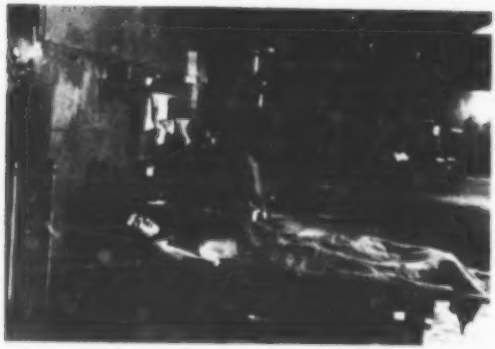
60. ANC, RG 24, v.18,395, 25 Cdn FDS, War Diary.
61. ANC, RG 24, v.18,395, 25 Cdn FDS, May 53, Appx 5 ; Jun 53, Appx 5 ; Jul 53, Appx 5.

sérieux étaient traités, par psychothérapie à court terme ou par sédation, à l'infirmerie de campagne, la majorité d'entre eux étant soient renvoyés à leur unité ou alors réaffectés à des fonctions dans les zones arrière en Corée… Le taux de la psychonévrose s'élevait à deux pour mille par an, un taux prévisible dans tout groupe comparable de personnes. » De manière intéressante, « l'épuisement au combat ne se produisait pas sur une vaste échelle en raison, estime-t-on, de la nature des combats, les batailles étant de courte durée, et du fait que la fatigue n'était pas un élément fondamental. La consultation psychiatrique était souvent requise dans le cas de soldats accusés d'infraction à la discipline. Ces cas étaient examinés et, si aucun handicap médical n'était décelé, étaient renvoyés à leurs unités pour disposition administrative[62] », ce qui signifie une sanction conformément aux règlements du service.

De la même façon que les Canadiens traitaient les patients alliés souffrant d'épuisement au combat, les Canadiens eux-mêmes comptaient sur leurs alliés pour certaines interventions chirurgicales. Selon Hunter et Andrew, « comme il y avait une seule équipe canadienne de chirurgie de campagne en Corée, et durant les premiers jours, elle était basée dans un hôpital militaire de campagne américain, une partie de la chirurgie initiale ou avancée était entreprise par des chirurgiens américains et, dans une certaine mesure, norvégiens. Aussi rapidement que possible, de telles victimes étaient acheminées vers des réseaux canadiens[63]. » À partir du moment où les combats devinrent sporadiques et cédèrent le pas à des patrouilles, « en général, les cas étaient suffisamment bien espacés dans le temps pour permettre que les meilleurs soins soient prodigués à tous et chacun », selon l'historien G. W. L. Nicholson. Les adjoints médicaux et les préposés aux soins pouvaient ainsi commencer par ce qui est fondamental, à savoir les premiers soins et la réanimation, tout autant que donner un bain à l'éponge pour enlever la boue et le sang séchés, voire procurer un pyjama propre. Nicholson cite un commandant d'un hôpital militaire de campagne qui, lors d'une conférence avec ses collègues, affirma au vu de tous que « lorsque les victimes canadiennes arrivent à mon hôpital, elles sont déjà prêtes pour la salle d'opérations[64] ». En retour, ces mêmes victimes semblaient recevoir tout le traitement que l'hôpital militaire américain de campagne pouvait assurer[65].

Après un court séjour dans ce dernier, le patient était transféré pour une hospitalisation plus prolongée ou, si nécessaire, pour une interven-

62. ANC, MG 31, J7, Sneath Papers, v.3, Papers Circulated to Members, n° 87.
63. ANC, MG 31, J7, Sneath Papers, v.3, Papers Circulated to Members, n° 87.
64. G. W. L. Nicholson, *Seventy Years of Service : A History of the Royal Canadian Army Medical Corps*, Ottawa, 1977, p. 261.
65. *Ibid.*, p. 265.



Section postopératoire du 43e MASH, mars 1953. ANC, PA 128834.

tion chirurgicale à l'hôpital du Commonwealth britannique à Kure, au Japon, « qui comportait une section canadienne[66] ». Pour ce qui est de l'hôpital militaire américain de campagne (MASH), auquel les chirurgiens canadiens étaient affiliés durant les premiers jours, il s'agissait d'une organisation imposante comptant quatorze médecins (trois chirurgiens, deux anesthésistes, un radiologiste, trois adjoints aux chirurgiens, deux internistes et trois médecins militaires de soins généraux), une douzaine d'infirmières, deux officiers du corps de santé, un adjudant, et 98 membres de personnel enrôlés[67]. Le mois de janvier 1952 peut être considéré comme assez typique pour examiner le travail des Canadiens, étant donné que « l'équipe chirurgicale était modérément occupée » à l'époque. Le nombre des blessés n'était « pas assez important, mais les blessures étaient souvent graves », 30 d'entre elles nécessitant une chirurgie abdominale. Généralement, les Canadiens « travaillaient bien avec l'hôpital militaire de campagne en tant qu'entité séparée mais de manière intégrée. Le capitaine T. McLennan restait occupé et travaillait de jour, en rotation avec l'autre anesthésiste. Le major Lippert en faisait de même avec les autres chirurgiens[68]. »

Cela ne suffisait pas et, en juin, la section canadienne de l'hôpital du Commonwealth britannique à Kure rapporta que « le fait qu'aucun hôpital n'est stationné en Corée a conduit à une augmentation du nombre des évacuations du terrain vers cette unité. Puisque, par cette évacuation, le personnel est perdu pour les unités opérationnelles pour un minimum de trois semaines, et souvent pour des périodes pouvant atteindre

66. ANC, MG 31, J7, Sneath Papers, v.3, Papers Circulated to Members, nº 87.
67. Otto F. Apel et Pat Apel, *op. cit.*, p. 48.
68. ANC, RG 24, v.18,398, No 25 Cdn Field Surgical Team, Jan 52.

deux mois, on a l'impression qu'on devrait examiner sérieusement la possibilité d'utiliser les installations médicales et chirurgicales américaines et le spécialiste [*sic*] dans une plus grande mesure que cela n'est fait actuellement. » Parmi les exemples cités de patients pouvant être traités en Corée figuraient ceux qui souffraient de dyspepsie (sévère indigestion), d'ulcère gastroduodénal, de mal au bas du dos, de possible disque intervertébral (c'est-à-dire des problèmes entre les vertèbres), et de phimosis congénital (étroitesse du prépuce) nécessitant une circoncision. « Le gaspillage de main-d'œuvre au cours de l'année dernière, en raison de l'évacuation de tels patients, a été énorme, et dans toutes les composantes de l'hôpital on a l'impression que des initiatives doivent être prises pour l'éliminer. Les facteurs psychologiques aussi sont très importants, et cela se reflète dans l'augmentation graduelle de telles admissions pendant les derniers mois. Il est recommandé, par conséquent, que le traitement de tels cas soient complétées en Corée, au moins jusqu'au point où il est prouvé de manière précise que les personnes concernées ne peuvent plus occuper aucune fonction sur le terrain, ou qu'un traitement prolongé s'impose. » Plus spécifiquement, « sur quelque 160 blessures de guerre recensées au cours de la dernière quinzaine, 30 pour cent étaient extrêmement mineures, nécessitant tout simplement une suture primitive différée et quelques jours de convalescence. En l'absence d'un PES ou d'un hôpital du Commonwealth sur les lieux, on estime qu'on pourrait envisager le recours à l'équipe chirurgicale de campagne pour de tels cas, puisque l'évacuation, là aussi, est synonyme de perte de soldat entraîné, pour l'unité concernée, pour plusieurs semaines[69]. »

Non pas que les praticiens médicaux canadiens dans la péninsule coréenne travaillaient peu — bien au contraire. Par exemple, en juillet 1952, « l'équipe chirurgicale de campagne canadienne resta à l'œuvre à l'hôpital militaire de campagne 8055 (MASH). Le travail durant le mois avait été assez chargé, principalement à cause des victimes américaines du fait de l'activité considérable dans leur secteur. » En août survint un changement important, résultat sans doute du rapport de la section canadienne cité plus haut. En effet, l'unité cessa de travailler avec les Américains le 3 juillet et fut rattachée à l'infirmerie de campagne n° 25, le directeur général adjoint des Services médicaux ayant conclu que le fait de « mettre sur pied un centre chirurgical canadien en ce lieu permettrait d'effectuer certaines fermetures de plaies pas trop graves ici même plutôt que d'évacuer les hommes au Japon. Il est également proposé de faire ici certaines des autres procédures facultatives comme les appendicectomies et les hémorroïdectomies. De même, le

69. ANC, RG 24, v.18,383, Cdn Sect, Brit Com Hosp, Jan 52, Appx 4.

chirurgien effectuerait ici ses consultations chirurgicales. De cette façon, il est prévu qu'on pourra éviter un grand nombre d'évacuations vers le Japon parmi les membres de la Division du Commonwealth. Après une convalescence appropriée, à l'infirmerie de campagne et au Centre de repos divisionnaire, le soldat sera ensuite ramené à son unité. » Le 25, le nouveau système était en service, et « des accommodements étaient mis au point avec les ambulances de campagne sur la nature des cas qui seraient traités. Les hôpitaux de campagne américain 8055 (MASH) et norvégien furent informés au sujet des procédures de chirurgie de réparation qui pourraient être effectuées par l'ECC plutôt que d'évacuer les victimes au Japon[70]. »

L'un des résultats fut le besoin d'augmenter la capacité en lits de l'équipe chirurgicale de campagne, de telle façon qu'à la fin septembre, elle passa d'environ 20 à 50 ou 60. Le mois suivant, « la quantité de travail resta importante, notamment au cours de la dernière quinzaine. Comme les installations de rayons X n'étaient toujours pas disponibles dans cette unité, toute victime arrivant ici était en général envoyée d'abord soit à un hôpital de campagne américain soit norvégien, où des rayons X étaient pris et un débridement était effectué. Parfois, certaines des victimes étaient évacuées vers l'ECC pour une chirurgie initiale. Cependant, comme envisagé, la première fonction de cette unité continua d'être la chirurgie facultative et les sutures, afin d'éviter l'évacuation vers le Japon. De cette manière, il était possible de ramener le soldat dans son unité bien plus tôt. » Pourtant, les limites de l'équipe étaient évidentes, celle-ci notant, en avril 1953, « qu'une équipe chirurgicale ne peut pas travailler 24 heures par jour », ce qui fait que des procédures telles que le débridement, qui supposent que les tissus blessés soient coupés pour éviter l'infection, devaient être effectuées ailleurs, puisqu'elles « devaient être faites aussitôt que possible après la blessure[71]... ».

Des discussions — et des arguments incontestés — concernant la nécessité de traiter autant de patients que possible sans les évacuer de la péninsule coréenne ont conduit à la création d'une installation à Séoul. Mélange de poste de secours avancé et d'hôpital de campagne, il n'a jamais pu obtenir des effectifs permanents. En octobre 1952, le brigadier J. W. Bishop, du service de l'adjudant général, a visité « toutes les installations médicales auxquelles est attaché du personnel du Corps de santé royal canadien », et l'organisation de Séoul a bien prouvé qu'elle était la moins impressionnante. Comme il l'a lui-même expliqué, la constitution de l'unité s'est faite sur l'insistance du colonel Menecees de l'hôpital du Commonwealth britannique, en dépit de l'opposition

70. ANC, RG 24, v.18,398, No 25 Cdn Field Surgical Team, 7 Jul 52 ; Aug 52.
71. ANC, RG 24, v.18,398, No 25 Cdn Field Surgical Team, Sep 52 ; Oct 52 ; Apr 53, Appx I.

d'autres officiers hauts gradés de l'état-major. Ainsi, « le résultat de la pression continuelle du colonel Menecces fut de transformer l'immeuble précédemment occupé par la 23e Infirmerie de campagne à Séoul en une installation médicale de 200 lits d'un statut quelque peu douteux. Je crois comprendre que cette unité *ad hoc* sera consolidée soit en tant qu'hôpital général de 200 lits, un PES, soit en tant que FDS de corps sous peu, mais, pour le moment, je crois comprendre qu'elle n'a pas d'effectifs fixes. Elle reçoit, toutefois, des malades occasionnels, etc., qui n'ont pas besoin d'être évacués à Kure, ce qui raccourcit, de la sorte, le temps hors de la ligne[72]. »

Après cette visite, cependant, il indiqua : « Je dois avouer que j'ai été en quelque sorte déçu par les installations et relevé, en particulier, l'absence de lits d'hôpital, de couvertures et de draps. Le lendemain, alors que je visitais la 23e Infirmerie de campagne, je rencontrai le major-général Kingsley-Norris et le brigadier O'Mara, et à ce moment je soulevai la question de l'amélioration du niveau pour les patients à Séoul. Le brigadier O'Mara estima qu'il n'était pas souhaitable de fournir des lits d'hôpital et des draps, sachant qu'il avait l'impression que l'unité se trouvait dans une position vulnérable et ne devrait pas être gênée par un équipement d'hôpital qui serait difficile à déplacer. J'ai été très clair en lui disant que je n'estimais pas que la perte de quelques lits d'hôpital fût particulièrement importante en cas de grave revers militaire. Néanmoins, il indiqua clairement qu'aucune initiative ne serait probablement prise avant que le statut de l'unité soit finalisé[73]. »

Bishop, cependant, n'avait pas l'intention de laisser les choses ainsi : « J'ai soulevé, par la suite, la question des lits et des draps, etc., avec le colonel Morgan-Smith et le Général West au QG div, et trouvai qu'ils étaient parfaitement d'accord avec moi. Le Gén West indiqua qu'il avait l'intention de visiter l'hôpital au cours des prochains jours, avant l'arrivée du Gén Bridgefort de Kure, et qu'il insisterait pour de meilleures conditions pour les patients. J'ai vu le Gén Bridgefort quelques jours plus tard à Tokyo avant sa visite à Séoul, lui parlai de cette question et fus assuré qu'il veillerait à ce que soient assurées aux hommes toutes les commodités qu'on trouve normalement dans un hôpital général. » Alors qu'il était toujours à Tokyo, Bishop rencontra le commandant de l'unité, et l'informa que « les installations médicales dans ces mêmes immeubles ont fait l'objet de critiques sévères de la part du chef d'état-major général quelques mois plus tôt, et que j'étais totalement sûr qu'il serait bien désavantageux pour lui de commander cette unité, qui offrait bien moins

72. ANC, RG 24, v.18,224, War Diary, Oct 52, Appx A-11, Brig J. W. Bishop, VAG, to DGMS, 29 Oct 52.
73. *Ibid.*

que les meilleures conditions qui pourraient être assurées. À la fin de notre conversation, je pense qu'il était convaincu qu'il serait souhaitable de profiter de toute aide qui pouvait lui être accordée pour améliorer les normes. » Bishop insista, dans son rapport, sur le fait que le commandant en question « fait visiblement un excellent travail dans des conditions défavorables, et, à juste titre, fait preuve d'une attitude positive et de loyauté à l'égard du directeur adjoint du service médical. Son unité, toutefois, est une de celles où je ne tiendrai pas à rester pour quelques semaines, car elle est ennuyeuse et lugubre et ne soutient pas la comparaison, même avec la 23e FDS, qui se trouve sous une tente[74]. »

Visiblement, il y a eu quelque amélioration dans les mois qui suivirent, le Major-général W. H. S. Macklin, l'adjudant général, rapportant, en juillet 1953, que « mon opinion est que les effectifs de ces places », y compris la 25e FDS et l'hôpital à Kure, « sont efficaces et que, concernant l'équipement médical actuel, elles sont parfaitement bien approvisionnées ». En fait, il répondait à un rapport d'inspection plutôt défavorable du brigadier J. V. Allard, commandant de la 25e Brigade d'infanterie canadienne, qui nota le manque de lits chirurgicaux « dotés de manivelle » et « de belles couvertures éclatantes », pour reprendre la tournure de phrase sarcastique de Macklin. Des lits, toutefois, étaient disponibles, même si, tout en défendant l'institution, l'adjudant général ne fut pas explicite au sujet de son rôle, utilisant l'expression « l'hôpital britannique ou PES ou tout ce qu'ils veulent l'appeler, à Séoul[75] ». Jusqu'à la fin des combats en Corée, l'installation continua à fonctionner ainsi.

Quel que soit le genre des unités qui étaient constituées sur la péninsule et indépendamment de leurs capacités, il était inévitable que certaines victimes, au moins, continueraient à être évacuées au Japon, à l'hôpital du Commonwealth britannique. En date du 29 mai 1951, une section canadienne avait été officiellement habilitée à opérer en tant que partie de cette institution, son rôle étant « de renforcer l'hôpital du Commonwealth britannique situé là-bas », ce qui revient à dire Kure, « doté du personnel médical et infirmier canadien, en vue de subvenir aux besoins des victimes canadiennes du 25e Groupe-Brigade de l'infanterie canadienne ». À cette fin, ses effectifs étaient constitués de onze officiers, trois sergents, et dix-sept sous-officiers et militaires du rang[76]. En considérant le mois de janvier 1952 comme un mois relativement typique, notons que la section canadienne a traité quatorze malaises différents, allant du rhumatisme articulaire aigu aux complications bronchiques à

74. *Ibid.*
75. ANC, RG 24, v.18,224, War Diary, Jul 53, Apps A-2, MGen W. H. S. Macklin, AG, to DGMS, 8 Jul 53.
76. ANC, RG 24, v.18,383, Cdn Sect, Brit Com Hospital, Jul 51, Apps 1 ; Apps 2.

l'ulcère gastroduodénal. La tragédie fait malencontreusement partie de l'existence, cependant, et « au cours du mois, un patient canadien est mort à l'hôpital... le Sdt Ducharme, G (PPCLI) est décédé le 12 janvier 52 à 13 h 40, des suites d'un choc anaphylactique provoqué par une injection de pénicilline », la preuve que les miracles de la science moderne peuvent coûter très cher[77].

Parmi le personnel à Kure figuraient des infirmières canadiennes, que nous avons déjà vu à l'œuvre à d'autres niveaux de la chaîne d'évacuation. Parce qu'elles opéraient également hors de cette chaîne, leur histoire sera mieux appréciée si elle est relatée dans sa totalité. Elizabeth Pense Neil, qui était encore Elizabeth Pense pendant la guerre, fit partie de ce groupe : « En septembre 1952, les premières infirmières du Commonwealth arrivèrent en Corée ; deux Canadiennes, deux Australiennes et deux infirmières britanniques. La capitaine canadienne Elizabeth Pense était maintenant infirmière en chef de l'Unité médicale de la zone de communications du Commonwealth britannique, nouvellement constituée. Elle était responsable de l'établissement des services infirmiers dans l'immeuble d'une vieille école. » Dans une lettre envoyée à sa famille en septembre 1952, elle décrivit l'unité comme étant « un hôpital de 100 lits, bien que nous ayons en ce moment 112 patients. L'extérieur de l'immeuble paraît respectable, mais l'intérieur ne l'est pas. Le plâtre tombe des plafonds, et tout le monde me dit que lorsqu'il pleut j'ai besoin d'un parapluie dans mon bureau[78]. »

Quant aux conditions de vie, « nos quartiers offrent des possibilités, mais sont présentement très dénudés. Chacun de nous dispose d'un lit, quelques clous pour accrocher nos habits, une tinette, une table étroite pour les cuvettes, quelques seaux pour l'eau amenée par les servantes coréennes. C'est quasiment tout à l'heure actuelle, mais ils essayent de nous apporter un peu de meubles. Nous espérons avoir bientôt quelques rideaux. Comme nous n'avons pas de vénitiennes, nous devons nous déshabiller dans l'obscurité. » Ainsi, la situation peut être qualifiée de primitive, et « au cours des premiers jours, nous devions compter sur les bains avec éponge — habituellement froids — mais maintenant, ils ont pris des dispositions pour que nous puissions utiliser des douches pendant une demi-heure par jour. Les douches sont bonnes, mais ont été construites pour des hommes de grande taille. Une des infirmières, une Australienne, devait monter sur une chaise pour atteindre les robinets. » On ne devrait pas, cependant, exagérer le degré d'inconfort. « En revoyant cela, ajouta-t-elle, il paraît que je n'ai rien de bon à dire au sujet de cette place. En fait, c'est beaucoup mieux que ce à quoi j'étais censée

77. ANC, RG 24, v.18,383, Cdn Sect, Brit Com Hosp, Appx 7.
78. E. A. Landells, *op. cit.*, p. 317-319.

m'attendre, et je suis ravie d'être ici. Au Japon, je n'avais pas de véritable travail, et je m'ennuyais quelque peu. Ici, j'en ai un très intéressant avec des gens sympathiques, et l'occasion d'appliquer certaines de mes idées. Nous avons un très bon groupe de médecins militaires, et ils ont fait preuve d'une coopération extrême[79]. » Ce qui était pour le meilleur, ou alors le résultat aurait pu être désastreux.

Les médecins militaires étaient, sans doute, aussi coopératifs parce que les infirmières avaient acquis une formation dans des domaines où les chirurgiens étaient peu familiers — notamment la surveillance et les soins postopératoires. En fait, depuis 1944, les médecins militaires avaient témoigné de cet état de fait, et demandé que des spécialistes appropriés, c'est-à-dire des infirmières, soient disponibles pour travailler plus près des lignes du front, afin de bien suivre la situation des patients, spécialement à la suite d'une intervention chirurgicale aussi importante que celle exigée par des blessures à l'abdomen. Comme le rapporta la 25e Équipe chirurgicale de campagne canadienne en octobre 1952, deux professionnelles de ce gabarit ont fait partie des effectifs pour quelques jours au début du mois. « Les infirmières ont grandement facilité les soins postopératoires administrés à ces patients, et on croit que si quatre ou cinq pouvaient être affectées ici pour le même travail et pour les salles d'opération et pour être superviseur de section, cela assurerait de meilleurs soins postopératoires. » Toutefois, une autorité plus élevée estimait que leur présence près du front devait être temporaire.

Ensuite, au début de 1953, après une étude d'un médecin-chef canadien, les responsables décidèrent d'accroître la contribution canadienne aux services de santé du Commonwealth se battant en Corée. « En ce temps-là, une infirmerie de campagne était pratiquement devenue un petit hôpital général de campagne dans la région de la Division du Commonwealth. Dans un rayon de 15 milles [24 km] de la ligne de bataille, les victimes étaient l'objet d'une attention particulière, ce qui résulta en un rétablissement rapide des blessés et des malades et leur retour subséquent à leurs fonctions dans leurs unités, en évitant ainsi le retard qui aurait découlé d'une évacuation de telles victimes au Japon, 500 milles [800 km] plus loin. Afin de faire fonctionner ce petit hôpital d'une manière extrêmement efficace, on estimait qu'on devait faire appel à des infirmières pour les soins postopératoires des victimes[80]. » Le résultat fut qu'un détachement supplémentaire d'infirmières du Corps de santé royal canadien fut dépêché en Corée à l'infirmerie de campagne[81]. La guerre faisait alors rage, à sa manière mortellement vengeresse, depuis environ trois ans.

79 *Ibid.*, p. 517-519.
80 ANC, RG 24, v. 18,398, N° 25 Cdn Field Surgical Team, Oct 52.
81 ANC, MG 31, J7, Smyth Papers, v.3, Papers Circulated to Members, n° 87.

On estimait donc que les infirmières jouaient un rôle essentiel dans la chaîne d'évacuation. Bien plus, comme G. W. L. Nicholson le relate dans une histoire semi-officielle, « l'été 1951 vit le premier pont aérien hospitalier à grande échelle au Canada. Les victimes canadiennes de Corée, qui avaient été évacuées par des avions américains au-dessus du Pacifique à Tacoma, dans l'État de Washington, avaient été transportées dans une ambulance aérienne Dakota convertie du 435e escadron de l'ARC à Edmonton et à d'autres centres du ministère des Anciens Combattants. L'avion était équipé de manière à assurer des services hospitaliers normaux, y compris les systèmes spéciaux d'oxygène, les brancards et les brancardiers. En plus des membres d'équipage, s'y trouvait une infirmière de bord et un adjoint médical navigant[82]. » Mary Joan Fitzgerald, qui deviendra colonel, et qui, en 1950, en tant que lieutenant d'aviation (Lt avn), « fut envoyée comme candidate au cours d'infirmière de vol des forces aériennes des États-Unis sur la base aérienne de Montgomery, dans l'État de l'Alabama. Pour commencer, il y avait les cours en classe et le stage à Montgomery, puis des vols d'évacuation par air sur le trajet Tokyo (Japon) — Los Angeles (Californie). Mais auparavant, le Lt avn Fitzgerald devait se rendre de Montgomery à Hawaii, et cela se faisait à bord du premier avion trans-pacifique disponible — un bombardier Boeing B-29 Superfortress. Accompagnée par une infirmière des forces aériennes des États-Unis retournant chez elle en permission, Joan s'assit à l'étroit à l'arrière de l'aéronef, pouvant rarement voir le monde extérieur, sauf lorsque l'appareil s'arrêtait pour être ravitaillé en carburant avant de survoler le Pacifique[83]. »

Les vols d'évacuation commençaient à Tokyo,

> là où l'équipe de l'évacuation aéromédicale prenait en charge un avion transportant des victimes du conflit coréen. L'aéronef utilisé à cette époque était un Douglas C-54 Skymaster, un quadrimoteur mixte cargo-passagers, qui pouvait accueillir 28 patients, et le Douglas C-57 Liftmaster, un quadrimoteur mixte cargo-passagers plus grand, qui pouvait, lui, accueillir jusqu'à 69 patients. Les patients étaient placés sur des brancards de toile empilés le long des parois du fuselage et à cinq niveaux le long du centre de la soute. Les piles du centre étaient profondes, nécessitant des effectifs infirmiers des deux côtés. Les brancards étaient tenus séparés sur des étançons et des bandoulières de brancard laissant un espace de 60 cm entre les brancards. Indépendamment de leur niveau de mobilité, toutes les victimes devaient être placées sur des brancards en raison de la durée du vol et de l'espace limité pour se déplacer à l'intérieur de l'appareil. Aucun de ces aéronefs n'était pressurisé, autrement dit, ils devaient voler au-dessous de 10 000 pieds ou, si une altitude plus élevée s'imposait, les

82. G. W. L. Nicholson, *Canada's Nursing Sisters*, Toronto, 1975, p. 214.
83. Harold M. Wright, *op. cit.*, p. 206.

membres d'équipage devaient fournir aux patients de l'oxygène en bouteilles portables. Le nombre de sièges était limité, même pour l'équipage de l'évacuation aéromédicale, mais il restait peu de temps pour s'asseoir du fait du besoin permanent de surveiller les patients et d'en prendre soin, notamment s'ils avaient besoin d'oxygène[84].

Les vols de Tokyo vers la base aérienne Hickam à Hawaii n'étaient pas directs, toutefois. « Les rayons d'action limités et les conditions climatiques rendaient les escales nécessaires pour se ravitailler en carburant, reconstituer les provisions alimentaires et médicales, et donner aux équipages et aux patients un répit pendant ce vol épuisant. Les arrêts se faisaient dans différentes îles, y compris l'atoll de Kwajalein, dans les îles Marshall, l'île Wake et Midway, avant de gagner Hawaii. À l'arrivée, les patients étaient débarqués et restaient à l'hôpital avant d'être embarqués pour la prochaine étape de leur voyage vers Los Angeles, où d'autres équipages les prendraient en charge, la plupart par avion, pour les amener dans des hôpitaux aux États-Unis et au Canada. Du fait de l'expérience aéromédicale et des recommandations du Lt avn Fitzgerald, de nouvelles infirmières ont été formées et des adjoints médicaux sont venus s'ajouter au programme de formation. » Ainsi, ce n'était qu'un début.

Isabel Ziegler, qui s'est jointe à l'ARC en 1950 et a été choisie cette même année pour un entrainement aéromédical d'évacuation de six semaines à la Gunter Air Force Base en Alabama, suivi par une formation sur le tas de trois mois avec le 1453e escadron d'évacuation aérienne médicale, à la Hickam Air Force Base à Hawaii, pourrait en attester. Selon son récit, « nous avons pris à Tokyo des patients du conflit coréen. Cela a été dur pour ces gens-là lorsque nous avons dû les débarquer pour ravitailler l'avion en carburant. Ils ont été mis dans une ambulance et éloignés du centre, avant d'être ramenés à l'appareil. S'ils pouvaient retourner au champ de bataille au cours des trois mois suivants, ils restaient à Hickam... Les patients canadiens rentraient au Canada transportés par l'ARC », le personnel médical étant alors formé d'une infirmière et d'un adjoint médical, sans médecin à bord. Celui-ci aurait constitué, sans doute, un poids supplémentaire, voire un sujet sérieux de préoccupation, sachant que « nous étions pesés avec notre trousse médicale, qui était une valise avec des urinoirs, des bassins hygiéniques, et des médicaments, et, si vous étiez malin, un réveille-matin pour la raison que tous les médicaments devaient être administrés au temps Zebra », ou temps universel, maintenant connu sous le nom de Zoulou[85].

84. *Ibid.*, p. 206.
85. E. A. Luckells, *op. cit.*, p. 618-620.

Il y avait aussi, bien sûr, la nécessité de bien se documenter et « de consigner, de manière complète, la manière dont chaque patient a passé son temps en vol, aussi bien que chaque embarquement et débarquement. Lorsqu'ils arrivaient à l'hôpital… à Hawaii, chaque patient avait un bout de papier énumérant les milles qu'il avait franchis en vol et les horaires de ses médicaments en temps Zebra. » D'autres défis comprenaient la bureaucratie, qui n'arrivait pas à concilier le nombre de jours dans une demande de remboursement de frais de voyage avec la nécessité de traverser la ligne internationale de changement de date, et la faune locale, où « nous avons passé la nuit sur l'île Wake, dans des huttes Quonset. Ici, la couchette du bas était préférable à celle du haut, que les rats utilisaient comme leur piste privée[86]. » Devait être également prise en considération la différence de cultures, le personnel de bord de l'avion ayant, en quelque sorte, un profil international. Comme se le rappellera Ziegler, « une fois, sur le chemin de retour vers Hickam, alors que je descendais l'allée centrale en portant des plats diététiques, un patient canadien m'appela "Ô sœur" lorsque mon adjoint technicien médical lui fit observer, sans mâcher ses mots, qu'il s'adressait à un officier… Je le pris par le bras et lui expliquai calmement notre tradition dans les États du Commonwealth de se référer à nous comme « sœur ». Loin d'être un terme méprisant, nous le préférions à ce qu'on s'adresse à nous par notre grade[87]. »

D'autres aspects de l'évacuation par la voie des airs étaient, en quelque sorte, plus stressants, tel cet incident au cours duquel, après avoir quitté Hawaii pour le continent, « notre capitaine nous a tranquillement averti que nous avions quelque problème et que nous pourrions entendre une irrégularité dans le bruit des moteurs. L'un de nos patients, un parachutiste canadien, le remarqua immédiatement ; il avait effectué suffisamment de vols pour bien reconnaître les bruits du moteur. J'ai donné ce que j'ai espéré être une réponse rassurante lorsque le capitaine m'appela, me dit que nous allions rebrousser chemin vers Hawaii. Il allait décrire un grand cercle et espérait qu'on ne le sentirait pas. Peu après, le même parachutiste m'appela pour me dire qu'il pouvait voir du hublot un aéronef de recherches et de sauvetage. En parallèle à notre appareil planaient deux aéronefs de recherches et de sauvetage, à cause du nombre de personnes à bord. Ils étaient venus nous rejoindre de Hickam, après que le pilote eut informé, par radio, qu'il faisait demi-tour. De grands bateaux orange étaient flanqués sous leur fuselage, de telle manière qu'ils puissent nous sauver si on devait amerrir d'urgence. » Et comme si ce n'était pas assez, « alors que nous nous approchions de

86. *Ibid.*, p. 618-620.
87. *Ibid.*, p. 618.

Hickam, volant avec trois moteurs, nous en avons perdu un second. Heureusement, il était de l'autre côté du moteur endommagé, permettant au pilote d'équilibrer l'appareil. Quand nous touchâmes la piste d'atterrissage à Hickam, nous avions perdu un troisième moteur, arrivant au bout de la piste grâce à un seul moteur[88]. » Lorsque l'aéronef stoppa, chacun fut soulagé, comme on pouvait s'y attendre.

Ainsi, la chaîne d'évacuation était aussi sophistiquée (et, en fait, plus longue) qu'elle ne l'était durant la Deuxième Guerre mondiale, symptomatique des exigences médicales complexes du déploiement d'un Groupe-Brigade hors du Canada. Un autre symptôme de cette complexité était la masse de travail de soins de santé exigée, dont le traitement des blessés et des malades ne représentait qu'un seul aspect. À un autre niveau se situait la recherche, qui allait main dans la main avec les opérations médicales outre-mer. Au Canada, à mi-chemin de la guerre de Corée, le Conseil de recherches pour la défense, constitué en 1948 pour s'occuper du travail scientifique du MDN, avait au moins neuf groupes spéciaux examinant les questions des soins de santé, notamment les problèmes auditifs, la médecine de l'aviation, les antibiotiques, les recherches médicales sur l'Arctique, les substituts de sang et les produits sanguins, les engelures et le pied d'immersion, la gestion des brûlures et des blessures, la nutrition, et les troubles visuels[89].

Plus près du front travaillait une équipe de recherche opérationnelle de l'armée canadienne, que nous avons déjà rencontrée en abordant les MTS, et qui opérait en tant que détachement de l'organisme de recherche opérationnelle de l'armée canadienne, une entité séparée du Conseil de recherches pour la défense. De quinze « problèmes représentatifs de la recherche opérationnelle » sur lesquels ce groupe devait travailler cependant, initialement un seul était de nature médicale, « pour déterminer s'il est nécessaire d'avoir un véhicule médical blindé pour évacuer les victimes de la ligne de feu[90] ». Pour être équitable, cette liste fut compilée en avril 1951, alors que l'équipe de recherche opérationnelle venait tout juste de se pencher sur ses tâches, mais au début de l'année suivante, le 25e Groupe-Brigade d'Infanterie canadienne indiquait que plusieurs des onze projets étudiés avaient trait à des questions de santé, entre autres les pertes hors combat au sein de la formation, l'incidence des MTS, les victimes des mines terrestres, les « reboards » (la re-classification médicale du personnel à la suite de blessure ou de maladie) et, plus généralement, les pertes au combat[91].

88. *Ibid.*, p. 620.
89. ANC, RG 24, v.4129, 4-78-53, D. G. Thacker, Med Section, to Sv DRB, 4 Mar 52.
90. ANC, RG 24, v.4206, 270-180-105-1, LGen G. G. Simonds, CGS, to CO 25 Cdn Inf Bde Gp, 2 Apr 51.
91. ANC, RG 24, v.4206, 270-180-105-1, Maj H. Goodfellow, for CO 25 CIBG, to Army HQ, Ottawa, 31 Jan 52.

Ces dernières étaient étudiées de manière aussi détaillée qu'au cours des dernières années de la Deuxième Guerre mondiale, les morts (119 de 565 qui étaient blessés), constituant presque le même pourcentage (21) que lors du conflit précédent. L'étude porta également sur le temps que les survivants restaient en traitement, 47 jours en moyenne pour ceux souffrant de blessures par balles, ce chiffre tombant à 29 pour ceux atteints d'éclats d'obus. « Il apparaît, par conséquent, que les blessures de fragments ont été nettement moins sévères que celles par balles. Cela s'explique probablement par le fait que la plupart des blessures de fragment ont été causées par de petits fragments de mortier, plutôt que par de plus grands fragments d'obus d'artillerie, qui provoquent des blessures au moins aussi graves que les balles[92]. » Un rapport, long de huit pages, mettra l'accent particulièrement sur les brûlures et les feux, l'utilisation de différentes sources improvisées de chaleur ayant causé la mort d'un soldat et l'hospitalisation de 49 autres[93].

Toutes les recherches de l'époque n'étaient pas focalisées sur les opérations en Corée. Les laboratoires médicaux de recherches pour la défense, qui font partie du système du Conseil de recherches pour la défense, s'étaient lancés dans de si nombreux projets, au début de 1950, qu'ils n'étaient pas en mesure de les mentionner tous dans leur rapport annuel. Pour en donner quelques exemples, ils explorèrent des questions en rapport avec de meilleures rations de combat (y compris les rations arctiques), le niveau du bruit dans différents aéronefs de service, le passage de la vapeur d'eau à travers les tissus, un meilleur équipement en toile, la raideur articulaire dans le froid (grâce à des études animales), l'irritation des yeux provoquée par des cuisinières à essence opérant sous pression, les forces de gravité chez le personnel de l'ARC, les réactions respiratoires à la suite de l'inhalation d'air ou d'oxygène froid et la restriction des mouvements de la tête afin d'éviter le mal des transports. Et ce n'était pas tout. « Un certain nombre de projets ont conduit à des études sur les exigences auxquelles fait face le personnel dans différents genres d'activités militaires. Une appréciation plus exacte des facteurs humains limitatifs lors de certaines tâches dangereuses (p. ex la poursuite et l'interception d'aéronefs hostiles) a été obtenue, et certaines améliorations des plans de travail ont été recommandées (par exemple un compartiment redessiné du navigateur a été recommandé à l'ARC et a été accepté). » De même, « un important progrès a été réalisé sur des projets à long terme de méthodes de sélection et d'entraînement

92. ANC, RG 24, v4208, 270.180.105-1, Preliminary Report on Battle Casualties of 25 Canadian Infantry Brigade, 5 Dec 51.
93. ANC, RG 24, v4208, 270.180.105-1, 1 Canadian Army Operational Research Team, Burns and Fires in 25 Canadian Infantry Brigade Group, 10 Jan 55.

pour les forces armées... » Différents agents de guerre chimique ont été testés, et « on a eu de nouvelles informations sur la pharmacologie des gaz innervants[94] ». Au cours de l'automne de l'année, 1953, le laboratoire indiqua qu'en ce qui concernait les gaz innervants, le fait de « tamponner » une solution sur la région contaminée « est une perte de temps. Un lavage généreux de la région, avec de l'eau ou du carbonate, s'est avérée bien plus efficace dans les conditions du test[95]. » Il s'agissait là de recherches sans doute inspirées par les horribles possibilités découlant de la guerre de Corée, mais aussi applicables plus généralement à la Guerre froide.

Ainsi donc, l'expérience médicale en Corée a été à la fois supérieure et inférieure à ce qu'elle fut pendant la Deuxième Guerre mondiale. Les évacuations par voie aérienne à grande distance avaient été extrêmement rares au cours du conflit précédent, et n'étaient certainement pas aussi systématiques en 1939-1945 qu'elles le sont devenues en 1950-1953. D'un autre côté, la branche médicale n'a jamais mis sur pied un hôpital de campagne, comptant sur les installations des Alliés ou des unités plus petites comme l'infirmerie de campagne. Ce développement était beaucoup plus significatif que les praticiens médicaux n'auraient pu l'imaginer à l'époque, car durant les années qui suivirent, le concept même d'hôpital de campagne fut marginalisé, alors que d'autres questions, que nous examinerons ultérieurement, furent projetées au tout premier plan. Pour ce qui a trait aux autres questions cependant, telles que la budgétisation et la recherche, la guerre de Corée a marqué le début d'une période de pointe dans l'histoire des forces armées du Canada avec, comme nous l'avons vu, dix fois plus d'argent disponible pour la défense en 1953 qu'en 1947. Si, dans les années suivant l'Armistice, les praticiens médicaux avaient peu d'occasions de travailler sur le terrain, au moins ils ne manqueraient pas de fonds, ni pour conduire des expériences de base ni pour d'autres entreprises.

94. ANC, RG 24, Acc 83/84/167, 360-4-25/0, M. G. Whillans, Superintendent DRML, Material for the Chairman's Annual Report, 8 Sep 52.
95. ANC, RG 24, Acc 83/84/167, 360-4-25/0, M. G. Whillans, Superintendent DRML, to A.M. Penner, Sec, 8 Sep 53.

Chapitre trois

Au cœur de la Guerre froide

Pour les responsables des orientations politiques aux États-Unis, au Canada, aussi bien qu'ailleurs, la Corée a été perçue comme la première salve tirée par l'URSS et ses satellites, comme le début d'une offensive générale contre l'Europe de l'Ouest et l'Amérique du Nord, ainsi que leurs alliés et leurs dépendances. Il n'est pas dans notre intention de discuter ici de l'exactitude de telles analyses, mais il ne fait pas de doute que, dans les années 1950 et 1960, le Canada se trouvait dans un état de mobilisation partielle. C'est ainsi que le ministère de la Reconstruction et des Approvisionnements de la Deuxième Guerre mondiale fut ressuscité, en 1950, sous l'appellation de ministère des Approvisionnements et Services, et que les budgets de la Défense augmentèrent sensiblement dans les années suivant l'invasion de la Corée du Sud par son voisin du nord. Tout aussi révélateur de la situation fut l'envoi par le Canada d'un Groupe-Brigade en Europe ; c'était la première fois que le pays envoyait une formation armée outre-mer en temps de paix. Le gouvernement de l'époque estimait que la paix ne tiendrait pas longtemps le coup, d'où le passage du réarmement tranquille, selon l'expression de l'historien Desmond Morton, à quelque chose de plus professionnel. « Dans l'ensemble, les Canadiens préféraient oublier la Corée », de longues négociations et l'absence de perspective d'un épilogue militaire créant une certaine apathie. Toutefois, « si les impôts montèrent et si les consommateurs réduisirent leurs dépenses, très peu de Canadiens montrèrent des signes de souffrance. En fait, la guerre et le réarmement simultané des États-Unis bannirent la récession de 1949-1950 et inaugurèrent une prospérité renouvelée[1]. »

La situation était encore meilleure pour les forces armées qui, en ce temps-là, entamèrent une certaine forme de renaissance. Ainsi commença

1. Desmond Morton, *Une histoire militaire du Canada, 1608-1991*, Sillery, Québec, 1992, p. 336.

la livraison à l'ARC de l'avion de combat à réacteurs, le « Sabre », mais ce n'était là qu'une partie des faits, alors que le ministre de la Défense nationale, Brooke Claxton, « annonça le réarmement sur une échelle spectaculaire : 100 navires pour la MRC, 40 escadrons pour l'ARC, une division d'infanterie pour l'armée ». Le personnel passa de 47 000 à 104 000, une seule possible ombre au tableau étant que ces soldats, aussi bien d'ailleurs que les civils canadiens, risquaient d'être impliqués dans une guerre nucléaire. « On engagea vivement les citoyens à faire leur part pour la défense aérienne de l'Amérique du Nord en construisant et en approvisionnant des abris antiatomiques. Des articles de journaux expliquèrent l'importance de la chaleur, de la lumière et du souffle dans une explosion nucléaire. Quant aux radiations, elles furent légèrement négligées. Les enseignants apprenaient à leurs élèves à ramper sous leur pupitre et à ne pas regarder les fenêtres au moment de la détonation. Radio-Canada commença à diffuser 24 heures par jour pour pouvoir servir de pivot à un réseau de survie nationale. Selon la théorie alors en cours, non seulement une population préparée aurait plus de chances de survivre, mais elle pourrait affronter la perspective d'une guerre avec une plus grande force d'âme. La réalité fut tout à fait différente. Les propagandistes soviétiques auraient difficilement pu imaginer une manière plus ingénieuse d'alarmer et de diviser la population[2]. » Ce qui fut alors appelé « Survie nationale » impulsa, en fait, un élan accru au mouvement canadien en faveur de la paix.

En parallèle à ces développements se déroula l'unification des trois branches médicales en un seul service, un processus dont la complexité et le potentiel de provoquer du mécontentement laissait présager l'unification générale ultérieure des forces armées canadiennes. Il serait trop facile, en rétrospective, de porter un jugement sur ce processus, et cela peut tout aussi bien induire en erreur : une explication des événements au fur et à mesure de leur déroulement et de la manière dont les différentes institutions du ministère de la Défense nationale y ont réagi serait, d'ailleurs, bien plus utile pour le lecteur de cet exposé et pour les futurs chercheurs. L'histoire, à proprement parler, commence en septembre 1945, un mois après la fin de la Deuxième Guerre mondiale. Sous le titre « Nouvelles tâches », lors d'une réunion du Comité des directeurs du personnel (CDP), figurait un article intitulé « Unification des services de santé et de la solde dans les forces permanentes de l'après-guerre », et un mémorandum des chefs d'état-major. Un problème que celui-ci souhaitait résoudre était l'écart entre les conditions d'aptitude physique de la Force aérienne, de la Marine et de l'Armée, les exigences de recherche, etc., et les difficultés administratives et de commandement

2. *Ibid.*, p. 337, 349.

du « personnel en devoir temporaire ». En considérant les diverses solutions, le CDP « souligna que les avantages d'une unification totale peuvent, ou ne peuvent pas, être assurés par une unification partielle et, par conséquent, toute initiative qui serait envisagée doit l'être en gardant à l'esprit l'objectif ultime d'une unification complète[3] ». Les demi-mesures pourraient ne pas être suffisantes.

Le Canada n'était pas le seul pays à envisager une telle réorganisation. En Grande-Bretagne, en 1946, un « rapport sur l'intégration des services de santé des forces armées » fut présenté par un comité sur l'organisation des services communs. Nommé en janvier, à l'initiative du bureau du Premier ministre, il était présidé par le sous-secrétaire d'État à la Guerre et comprenait un représentant de chacune des trois armes, ainsi qu'un secrétariat. Sa première recommandation revêt ici une certaine signification, puisqu'elle indique que « les services de santé actuels de la Royal Navy, de l'Armée et de la Royal Air Force soient groupés en un service de santé unifié qui sera appelé The Armed Forces Health Service (AFHS), devant être administré indépendamment des forces armées, desquelles il sera séparé ». Ayant enquêté sur la manière dont les autres formations médicales étaient organisées, le comité nota que les Soviétiques avaient un seul organisme. Il releva également que, même aux États-Unis, où « le service de santé des Forces navales des États-Unis est entièrement séparé de celui de l'armée », une coordination substantielle existait, « avec comme résultat que le personnel naval était traité à l'hôpital le plus proche, abstraction faite du point de savoir si le contrôle de l'hôpital était exercé par l'Armée ou par la Marine[4] ».

Du point de vue de l'organisation, les idées du comité ont assez rapidement pris corps. Ainsi, en février, le major-général E. G. Weeks, adjudant général de l'armée britannique, expliqua comment « en termes généraux, la proposition veut qu'il y ait un Directeur général médical des forces de défense, secondé par un chef du service de santé pour respectivement l'Armée, la Marine et l'Aviation. Il a été donné à penser que l'amalgame proposé produira économies et uniformité[5]. » Que les Canadiens raisonnent de la même façon n'est pas surprenant, étant donné qu'un seul service de santé existait avant la Deuxième Guerre mondiale, et que le repli de l'après-guerre (la Guerre froide n'avait pas encore commencé), période difficile, n'était pas propice pour essayer de maintenir les différentes branches. Alors, un mois après les éclaircissements de Weeks en Grande-Bretagne, une réunion groupant le médecin

3. ANC, RG 24, v.7755, Minutes of the 53rd Meeting Personnel Members Committee, 25 Sep 45.
4. ANC, RG 24, v.20,875, CSC 9-11 (Envelope), Committee on the Organization of the Common Services, Report on the Amalgamation of the Medical Services of the Armed Forces, nd.
5. ANC, RG 24, 83-84/167, boîte 7717, 20-1-1, pt 1, MGen E. G. Weeks, Adj./Gen, to Sec Personnel Members Cttee, 15 Feb 46.

capitaine A. McCallum, le brigadier G. R. D. Farmer, et le colonel d'aviation A. A. G. Corbet convint « qu'il serait possible et faisable d'effectuer une fusion des services médicaux des trois forces armées, Marine, Armée et Aviation, sous une direction centrale. Cette expérience de coopération et d'efforts combinés dans le passé lorsque furent mis en commun des services d'hôpitaux et du personnel groupé, etc., indique très clairement qu'une telle fusion est réalisable sans trop de difficulté[6]. »

Par exemple, « il est recommandé que les hôpitaux militaires soient maintenus en relation avec les concentrations de troupes et qu'ils soient opérés par le groupe de service médical approprié, en relation avec le type de personnel dans chaque localité (Marine, Armée et Aviation), et que les services médicaux soient libres d'organiser un échange de personnel là où cela convient aux deux parties pour le traitement, l'entraînement ou les desseins éducationnels dans ces hôpitaux. » Aussi, « des fournitures médicales centrales existent déjà pour l'approvisionnement et la distribution de fournitures médicales aux trois services. C'est là un arrangement économique qui devrait être poursuivi. » Finalement, comme nous l'avons vu dans un autre contexte, « afin d'attirer dans le service la meilleure catégorie de diplômés des écoles de médecine canadiennes, on estime qu'une fois réglée la question de la solde, le service des médecins militaires devrait être arrangé de telle façon qu'au moins le tiers de leur temps soit consacré au travail en clinique. Tous sont d'accord qu'un projet de service court de trois à cinq ans, avec une gratification à l'expiration, serait souhaitable. L'avancement dans la carrière professionnelle de l'officier, clinique ou administrative soit-elle, est de la plus grande importance pour attirer les meilleurs diplômés vers le service[7]. » La première indication sur un désaccord apparut le lendemain de cet arrangement lorsque le colonel d'aviation Corbet avisa le brigadier Farmer qu'il « ne voulait pas dire que l'ARC recommandait une fusion des trois services médicaux des forces armées[8] ». Il y aura d'autres divergences d'opinion dans les années à venir.

Pour exposer de telles vues différentes, le Comité des directeurs du personnel constituait justement un forum qui, en janvier 1947, sollicita des opinions pour ou contre l'unification. Des arguments en faveur faisaient valoir qu'un plus grand service offrirait de plus larges perspectives aux praticiens médicaux, contribuant ainsi à en recruter davantage ; dans le domaine de la formation professionnelle, on pourrait aussi en offrir plus. Le recrutement, lui-même, pourrait devenir plus centralisé et donc

6. ANC, RG 24, 83-84/167, boîte 7717, 20-1-1, pt 1, Surg Capt A. McCallum, Brig G. R. D. Farmer, and Gp Capt A.A.G. Corbet to PMC (through AG), 8 Mar 46.
7. *Ibid.*
8. ANC, RG 24, 83-84/167, boîte 7717, 20-1-1, pt 1, Gpt Capt A. A. G. Corbet to Brig G. R. D. Farmer, 9 Mar 46.

plus efficace, idem pour l'organisation des fournitures médicales. Les hôpitaux et les plus petites salles d'examen médical (ou SEM) pourraient être standardisés bien qu'avec certains ajustements destinés à satisfaire les exigences locales, si nécessaire. Une meilleure coordination de la recherche serait un avantage supplémentaire, tandis que, sans doute d'une plus grande importance en temps de paix, « les économies découlant de l'amalgame dans cette ère sont un facteur vital[9] ».

Les arguments contre l'unification ne manquaient pas non plus, les économies étant ainsi considérées comme de fausses économies si les armes combattantes se montraient incapables de mobiliser correctement en cas de guerre. Plutôt qu'à l'amalgame, les économies que les partisans des économies ont évoquées seraient, en réalité, dues à de simples réductions. Les détracteurs pouvaient également estimer que le service de santé de l'Armée, le seul existant jusqu'à la Deuxième Guerre mondiale, ne pouvait plus suffire dans l'après-guerre, parce « qu'il a été prouvé que les connaissances spécialisées pour la Marine et l'Aviation concernant l'administration et la médecine (médecine aéronautique etc.) étaient essentielles, et qu'on trouvait que cela ne pouvait être réalisé efficacement par un seul service de santé, particulièrement pendant une période d'expansion rapide. » Une approche qualitativement supérieure résiderait, en fait, dans une coordination améliorée, déjà bien en cours et « par laquelle les trois services participeraient aux fonctions globales et les partageraient sur une base géographique ». Les hôpitaux et les salles d'examen médical, en réalité, fonctionnaient au profit des trois services, là où « les effectifs des SEM sont établis pour convenir à la conjoncture locale, c'est-à-dire le genre de vol réalisé, le nombre de navires opérant dans la région, que ce soit en service intégral ou en réserve, etc.[10] ».

Il semblait, cependant, du moins pour un certain temps, que la décision ne dépendrait plus de tels groupements collégiaux. En mai 1947, la question fut soumise au Cabinet et l'on vit les ministres recommander « que tous les services de santé des forces armées soient regroupés aussi rapidement que possible », et « que, pour le moment, le service de santé des Anciens Combattants devrait conserver une entité séparée… ». Finalement, les ministres ont également proposé « que la responsabilité de procurer tous les autres services de santé du gouvernement, à l'exception du Conseil national de recherches, soit transférée au ministère de la Santé nationale et du Bien-Être… ». Le regroupement était ainsi à l'ordre du jour, le ministre de la Défense nationale notant « qu'un

9 ANC, RG 24, v.7755, Minutes of the 114th Meeting of the Personnel Members Committee, 28 Jan 47.
10 *Ibid.*

progrès était enregistré pour regrouper les services médicaux de l'Armée, de la Marine et de l'Aviation. Ces services fonctionneraient sous une seule direction et il n'y aurait pas de chevauchement, mais la forme que le regroupement prendrait en définitive pourrait ne pas être "l'amalgame" dans le sens que tous les trois soient totalement intégrés à tous égards[11]. » En fait, dans les années qui suivirent, ceux qui pensaient que l'intégration, sous n'importe quelle forme, ne se ferait jamais pourraient être pardonnés.

La pénurie de médecins était une des raisons pour lesquelles on projetait d'unifier les branches médicales. J. A. MacFarlane, de l'Université de Toronto (et conseiller du MDN sur les questions médicales), expliqua, ainsi, en 1950 « que l'une des raisons pour lesquelles les médecins ne sont pas pressés de s'enrôler dans l'un ou l'autre des services médicaux des trois armes est que chacun d'eux est trop petit en tant qu'unité séparée pour pouvoir donner l'occasion à un jeune homme modérément ambitieux de faire carrière. Je suis certain qu'un service unifié avec des membres déplacés d'un service à l'autre, voyant les méthodes médicales et celles du service dans chacun d'eux, présenterait des possibilités plus attrayantes qu'une carrière dans n'importe quel service de santé actuel[12]. » Le Comité des directeurs du personnel, toutefois, conscient de certaines voix dissidentes, voyait les choses différemment. « Comme la raison primordiale de cette recommandation est d'aider à avoir des médecins et des dentistes militaires dans les services, le Comité des directeurs du personnel estime qu'une reprise des discussions sur l'unification ne servirait aucun objectif utile à l'heure actuelle. On estime que cela ne ferait que provoquer une insatisfaction parmi les médecins militaires des trois armes et, plus que probablement, affecterait directement le programme de recrutement de médecins[13]. »

L'opposition se manifesta également dans d'autres cercles. Dans une réponse à une recommandation favorable à la fusion, émise par un Comité sur l'intégration des services de santé, en 1952, la MRC indiqua carrément que « la proposition d'instituer un seul service infirmier n'est pas souhaitable ou efficace », ajoutant que l'intégration n'attirerait pas davantage de médecins militaires dans le système. Même l'Armée et l'ARC qui, à l'époque, appuyaient un certain niveau d'unification, insistèrent sur le fait que « les branches des services ne devraient pas perdre leur identité en tant que tel en devenant amalgamées, et que la fierté de

11. ANC, RG 24, 83-84/167, boîte 7717, 20-1-1, pt 1, Maj R. B. Blackaberry, MA to CGS, to AG, 3 Jun 47.
12. ANC, RG 24, 83-84/167, 20-1-1, pt 2, J. A. MacFarlane, Dean Faculty of Med Toronto, to H. A. Procter, Sec DMDSAB, 28 Oct 50.
13. ANC, RG 24, 83-84/167, 20-1-1, pt 2, Extracts from the Minutes of 304(s) Meeting of Personnel Members Committee, 14 Nov 50.

l'élément devrait être encouragée plutôt que liquidée[14] », mais on n'évoqua point le fait que les praticiens médicaux pourraient, en réalité, tirer fierté d'un service de santé fusionné. De toute façon, la création d'une entité séparée des armes combattantes ne devait tout simplement pas voir le jour. Et bien qu'en juillet 1952 le Conseil de la Défense convint d'établir un Conseil médical des forces armées, le cadre de référence fut « modifié pour limiter les tâches et les fonctions du conseil médical à des questions strictement professionnelles[15] », afin d'amoindrir les craintes face à une quelconque intégration.

La fusion avança rapidement mais à travers une certaine forme de guérilla administrative. Selon le Comité médical interarmes, en 1954, « un effort a été fait, depuis 1948, pour attribuer divers domaines de responsabilité aux services médicaux de la Marine, de l'Armée et de l'Aviation. Un succès considérable a été obtenu pour ce qui est d'assurer des installations pour le traitement par l'un des services de santé des forces armées dans tout domaine. » En d'autres termes, « là où l'un des trois Services médicaux des forces armées avait déjà un hôpital, grand ou petit, cet hôpital sera responsable de procurer de tels soins médicaux et chirurgicaux, dans le cadre des capacités des effectifs de l'hôpital, pour tout le personnel des forces armées dans la région où se trouve cet hôpital[16]. » En 1957, le général Charles Foulkes, chef du Comité des chefs d'état-major, rapporta que « des études permanentes sont en cours pour réaliser des économies et éliminer tout chevauchement dans les services. Le ministre a également indiqué, au Parlement, que l'intégration des services médicaux se poursuivait. Dans ce contexte, l'autorisation de procéder à l'intégration des plus grands hôpitaux de service au Canada sur une base interarmées a déjà été accordée, et le calendrier de son application avance. En plus, un groupe interarmées de spécialistes cliniques et le centre d'instruction médical conjoint ont été constitués et sont opérationnels. On estime, par conséquent, que des études supplémentaires devraient être désormais entreprises pour être soumises aux chefs d'état-major, concernant le point de savoir de quelle manière la meilleure intégration des services de santé peut être réalisée et quelle serait la meilleure méthode pour sa mise en œuvre[17]. »

Malgré tout, un autre comité fut mis sur pied pour se pencher sur la question et un autre rapport fut déposé. Il recommanda l'intégration en

14. ANC, RG 24, 83-84/167, boîte 7718, 20-1-1, pt 4, Extract from the Minutes of the 378th Meeting of the Personnel Members Committee, 26 Jun 52.
15. ANC, RG 24, 83-84/167, boîte 7718, 20-1-1, pt 4, LCdr R. H. Leir, Sec PMC, to Sec ISMC, 31 Jul 52.
16. ANC, RG 24, 83-84/167, boîte 7718, 20-1-1, pt 6, Lt W. A. Walsh, Sec ISMC, to Sec PMC, 1 Nov 54.
17. ANC, RG 24, 83-84/167, boîte 7718, 20-1-1, pt 9, Gen Charles Foulkes, Chair Chiefs of Staff, to CAS, CGS, CNS, 5 Jun 57.

ces termes : « Afin d'appliquer les décisions touchant les hôpitaux interarmées et les centres d'instruction médicaux conjoints (ci-après dénommés établissements médicaux conjoints), on estime qu'une certaine autorité centrale devrait assumer la responsabilité de... la coordination et du contrôle de la gestion professionnelle et technique. Cela inclurait les ordonnances et règlements, ainsi que le programme d'inspection des établissements médicaux conjoints », en plus de « la coordination et du contrôle de la formation professionnelle avancée et de l'emploi de tous les médecins militaires après qu'ils eurent atteint le niveau de spécialiste clinique autorisé ». Le contrôle sur ce dernier groupe, toutefois, ne serait pas total, puisqu'il exclurait la médecine aéronautique et de la physiologie subaquatique. Le comité recommanda que l'autorité nécessaire soit accordée au Comité médical interarmes, qui deviendrait ainsi un corps exécutif appelé « Commission médicale des services interarmes », dont le président serait le Directeur général des services médicaux communs[18]. Selon le général Foulkes, cette organisation cherchera à « promouvoir l'efficacité opérationnelle » grâce à l'intégration[19].

Le brigadier K. A. Hunter devint directeur général des services médicaux communs le 31 octobre 1957[20], et, un an plus tard, le Comité des directeurs du personnel avalisa l'unification conformément à un plan détaillé, incluant, entre autres, la nomination d'un médecin-chef (*Surgeon General*). En plus, « tous les officiers et les hommes de la Force régulière et de la Réserve, qui font actuellement partie du corps médical de chaque élément ou qui s'y enrôleront par la suite, constitueront le "Service médical des Forces canadiennes" [SMFC]... » Le nouveau SMFC ne sera pas, toutefois, l'arbitre ultime de toutes choses médicales, et « toutes les règles d'action du médecin-chef affectant plus d'un service seront soumises pour approbation au Comité des directeurs du personnel, tandis que ses décisions touchant uniquement un seul service devront recueillir l'approbation du directeur du personnel du service en question... Le médecin-chef sera membre d'office du Comité des directeurs du personnel pour les questions médicales. » Pourtant, « le personnel des trois éléments sera considéré comme faisant partie du SMFC... L'approbation ministérielle sera obtenue pour les règlements conférant à tous les membres du SMFC des pouvoirs mutuels de commandement[21] », de telle façon qu'un officier de la Marine pourrait, par exemple, donner des ordres à un caporal de l'Armée.

18. ANC, RG 24, 83-84/167, boîte 7718, 20-1-1, pt 9, Gen Charles Foulkes, Chair Chiefs of Staff, to CAS, CGS, CNS, CDRB, 13 Aug 57.
19. ANC, RG 24, 83-84/167, boîte 7718, 20-1-1, pt 9, Gen Charles Foulkes, Chair Chiefs of Staff, to Chair PMC, 24 Sep 57.
20. ANC, RG 24, 83-84/167, boîte 7718, 20-1-1, pt 10, Gen Charles Foulkes, Chair Chiefs of Staff, to CNS, CGS, CAS, DM, Def Sec, and Sec PMC, 5 Nov 57.
21. ANC, RG 24, 83-84/167, boîte 7718, 20-1-1, pt 12, Special Meeting — PMC, 28 Oct 58.

Concernant la logistique, « les provisions et l'équipement pour le SMFC seront achetés, comme actuellement, à travers les canaux de l'Armée… ». La formation, entre-temps, « sera sous la direction du médecin-chef selon la politique définie par le Comité des directeurs du personnel », tandis que l'enrôlement « sera dans l'un des éléments actuels, mais comme l'enrôlement pour le service se fera sur une Liste, un Corps, une Branche ou un groupe professionnel militaire, qui fait déjà partie du SMFC, cet enrôlement voudra dire que l'officier ou le soldat appartiendra à cette organisation. Les qualifications professionnelles pour l'enrôlement seront établies par le médecin-chef, qui décidera de l'embauche des candidats[22]. » En tout et pour tout, la décision fut radicale.

Cependant, une certaine insatisfaction se manifestait toujours quant au processus en question au sein des armes combattantes, en dépit des explications du général Foulkes selon lesquelles « l'objectif de cette unification est d'assurer le service médical le plus flexible, le plus efficace et le plus économique aux forces armées. La flexibilité qui sera atteinte grâce à l'application d'une seule politique et d'un seul contrôle pour le service médical des Forces sera également une source d'avantages pour le personnel de ce service… Par suite de la consolidation des trois services de santé, la structure des grades ainsi regroupée offrira de plus grandes ouvertures de carrière à tous les officiers et aux autres membres du personnel. Dans le même ordre d'idées, la gamme de formations professionnelles et techniques, ainsi que l'expérience et l'emploi, seront accrus pour tous les grades[23]. » Cet argument n'était pas convaincant, le vice-maréchal de l'air J. G. Kerr, membre de la Force aérienne pour le personnel, notant quelques jours plus tard que, parmi les dix sous-comités mis sur pied par le nouveau médecin-chef, pour les opérations et la formation, les hôpitaux et les questions financières, l'approvisionnement, les services infirmiers, les carrières des officiers, les conseillers en chirurgie et en médecine, les statistiques et les normes, la médecine préventive et environnementale, la médecine aéronautique et autres, « sept sont présidés par des officiers du Corps médical de l'Armée royale canadienne[24] ». La réponse fut plutôt rude, soulignant non seulement qu'on avait affaire à des groupes de travail temporaires, et non à des sous-comités, mais aussi qu'un « nombre considérable d'officiers supérieurs du quartier général de DGSM (Air) se trouvait au Texas au moment de la constitution des groupes de travail[25] ».

22. ANC, RG 24, 83-84/167, boîte 7718, 20-1-1, pt 12, Special Meeting — PMC, 28 Oct 58.
23. ANC, RG 24, 83-84/167, boîte 7718, 20-1-1, pt 12, Gen Charles Foulkes to DeWolf, Campbell, and Clark, 5 Nov 58.
24. ANC, RG 24, 83-84/167, boîte 7718, 20-1-1, pt 12, AVM J. G. Kerr, AMP, to Chair PMC, 17 Nov 58.
25. ANC, RG 24, 83-84/167, boîte 7718, 20-1-1, pt 12, MGen K. A. Hunter to Chair PMC, 21 Nov 58.

L'évolution de l'unification au cours des années suivantes peut être retracée, en partie, à travers une série de clichés instantanés historiques figurant dans le *Tri-Service Information Book* (livret d'informations sur les trois éléments), la publication annuelle du ministre de la Défense. Celle couvrant l'année 1960 annonça comment « les services médicaux de la Marine, de l'Armée et de l'Aviation ont été intégrés pour constituer le Service médical des Forces canadiennes, avec effet le 15 janvier 1959. La première année représenta une phase d'évolution, les précédents directeurs médicaux du service continuant à travailler comme auparavant. Le 15 janvier 1960, les affectations de directeur général médical, Marine, et des directeurs généraux Service médicaux de l'Armée et de l'Aviation furent abolies, la Défense canadienne ayant désormais un service médical intégré, dirigé par le médecin-chef des Forces canadiennes. Les canaux hiérarchiques et l'administration du service médical au Canada et outre-mer n'ont pas encore été changés, mais la planification avance à cet égard. » Le nombre total du personnel s'élevait à 401 médecins militaires sur un effectif global établi à 478 ; les autres officiers (masculins) étaient 225 de 254, les femmes officiers 383 de 508, et les membres non commissionnés 2557 de 2705[26]. Il restait à voir si l'unification allait aider à combler ces déficits.

L'année suivante, l'intégration continua à être un sujet de premier plan dans le rapport annuel du ministre, dont l'une des notes relevait que « dans le cadre de la théorie de l'intégration visant à réduire les effectifs, la planification a procédé à l'intégration des installations médicales dans les régions métropolitaines de Vancouver, Edmonton, Calgary, Winnipeg, Montréal et Halifax, ainsi que dans les stations périphériques. Alors que l'intégration des centres de recrutement avancera, les exigences d'examen médical pour les nouvelles recrues seront également combinées. » En outre, « les mesures afférentes aux questions financières pour les trois services ont été maintenant groupées en un seul budget... avec un système centralisé de surveillance assuré par les proches collaborateurs du médecin-chef, de telle façon que les dépenses peuvent être soigneusement analysées et justifiées, particulièrement en ce qui concerne l'emploi de médecins civils et d'infirmières ». Il y avait 418 médecins militaires (dont deux femmes) sur des effectifs totaux de 475, on comptait 221 officiers (masculins) sur un total de 231 ; 415 officiers femmes sur 508 ; et 2612 membres du rang sur 2687[27]. Au début de 1963, toutefois, il était évident que l'intégration prendrait quelque

26. ANC, RG 24, 83-84/167, boîte 7719, 20-1-1, pt 18, Minister's Tri-service Information Book – 1960, The Canadian Forces Medical Service.
27. ANC, RG 24, 83-84/167, boîte 7719, 20-1-1, pt 20, Surg RAdm T. B. McLean, SG, Minister's Tri-service Information Book — 1961, The Canadian Forces Medical Service, 9 Mar 61.

temps, le ministre admettant que « l'objectif d'un budget commun pour le SMFC n'a pas été atteint », alors que le nombre du personnel se situait à 3715 sur un total d'effectifs de 3991[28].

Des nombreuses complications, l'intégration des infirmières n'en était qu'une. Ainsi, selon le médecin-chef, le chirurgien contre-amiral T. B. McLean, cela n'aidait aucunement de voir que « chaque service souffre d'une pénurie d'infirmières », avec 54 sur un effectif de 76 dans la MRC, 136 de 196 dans l'Armée, et 189 de 218 dans l'ARC, soit un déficit total de 23 pour cent. L'intégration pourrait limiter cette pénurie en éliminant le double emploi des positions, mais cela constituait un défi en soi. D'abord se posait la question simple de la terminologie, la Marine ayant utilisé l'expression « Nursing Officer » depuis plusieurs années ; le médecin-chef suggéra que les termes « Nursing Sister » (infirmière) soient utilisés par tous. Pour uniformiser le recrutement, il suggéra ultérieurement que l'entrée en service devrait se faire exclusivement sur la base d'un service à court terme de deux, trois, quatre ou cinq ans, le passage à une fonction permanente devenant seulement possible après trente mois de service. Et plus loin : « le grade lors de l'enrôlement étant celui de sous-lieutenant (rémunéré) intérimaire (Marine) ; lieutenant (rémunéré) intérimaire (Armée) ; lieutenant d'aviation (rémunéré) intérimaire (ARC), jusqu'à ce que les infirmières aient achevé le cours d'initiation pour infirmières au Centre de formation du Service médical des Forces canadiennes, moment auquel les grades seront confirmés, et l'ancienneté dans le grade remontant à la date de l'enrôlement. » On espérait que les grades intérimaires, et donc une solde plus élevée, amélioreraient le recrutement. Dans le même ordre d'idées, le médecin-chef recommanda que « la politique de promotion des infirmières de l'Armée et de l'ARC, respectivement aux grades de capitaine et de capitaine d'aviation, après six ans de service satisfaisant dans des grades précédents, s'appliquerait également aux infirmières de la Marine qui, de même, devraient être promues au rang de lieutenant[29] », et ainsi de suite.

Les sous-officiers et les militaires du rang représentaient un autre niveau de complexité, étant donné les différents groupes professionnels représentés. Le Commandant d'escadre G. Broadley, du Comité médical interarmes, admit sans peine que « l'amalgame de l'organisation médicale des trois services a causé quelques problèmes très complexes touchant aux professionnels médicaux interarmées, à la structure des groupes

28. ANC, RG 24, 83-84/167, boîte 7720, 20-1-1, pt 25, SG, Minister's Tri-service Information Book — 1963, The Canadian Forces Medical Service, 1 Feb 63.
29. ANC, RG 24, 83-84/167, boîte 7719, 20-1-1, pt 18, Surg RAdm T. B. McLean, SG, Supporting Data for PMC, 23 Mar 60.

professionnels, aux carrières, à l'articulation, aux grades et à la formation. » Bien qu'un cours Groupe 1, ou niveau d'entrée, ait commencé au Centre de formation du service médical des Forces canadiennes, ou CFSMFC (au Camp Borden), pour les adjoints médicaux de l'ARC et de l'Armée canadienne, et bien que ces deux services aient convenu d'un programme de cours et d'un programme d'études, il restait à incorporer la Marine. En fait, « aucun membre de la MRC ne suit une formation au CFSMFC à l'heure actuelle ». De plus, « les discussions entre l'ARC et l'Armée canadienne indiquent que la mise au point de la formation des groupes 2 et 3 se heurte à des difficultés ». Et il y avait plus, car « il y a très peu d'uniformité dans la structure des groupes professionnels et les exigences des professionnels médicaux de la MRC, de l'Armée canadienne et de l'ARC. Présentement, il existe 14 groupes professionnels séparés dans l'Armée, sept dans la MRC, et sept autres dans l'ARC. Ces groupes englobent toutes les tâches menées par le personnel médical composé de sous-officiers et de membres du rang des trois éléments, mais les tâches assignées aux différentes équipes professionnelles varient considérablement. Cela est visible dans le nombre de groupes professionnels dans chaque élément. Une analyse effectuée à cet égard révèle que, bien que les spécifications des groupes professionnels dans certains groupes aient en commun certaines similarités et bien que plusieurs spécialistes, membres du rang, puissent être interchangés dans le domaine des soins hospitaliers, de grandes différences sont relevées pour ce qui est de la formation, des fonctions, des normes de regroupement des Métiers, quand il s'agit des exigences des domaines spéciaux en campagne et embarqués[30]. » Bien du travail attendait des organismes tels que le Comité interarmes des emplois.

À l'autre bout de la chaîne de commandement, le médecin-chef se familiarisait avec un nouveau travail. Les paramètres de cette fonction étaient certainement très étendus, à commencer par le fait qu'il (ou elle, des années plus tard) serait « responsable devant le Comité des directeurs du personnel de la politique médicale et des questions communes à plus d'un élément, et face à chaque membre du Service, concernant les politiques médicales et les questions relatives à cet élément en particulier. Dans le cadre des politiques approuvées, il sera responsable de l'orientation et du contrôle de toutes les exigences médicales des Forces canadiennes. Il sera membre d'office du Comité des directeurs du personnel pour les questions médicales. » Si quiconque devait accuser le service médical de bâtir un empire, voici donc l'empereur, flanqué du Comité des directeurs du personnel dans le rôle du Sénat romain. Et

30. ANC, RG 24, 83-84/167, boîte 7719, 20-1-1, pt 18, W/C G. Broadley, Chair ISMC, to Chair PMC, 30 Mar 60.

comme si cela n'était pas suffisant, le médecin-chef était aussi responsable des « soins médicaux et de santé de tout le personnel dont sont responsables les Forces canadiennes, et donnait des conseils sur les installations médicales les plus adéquates, susceptibles de satisfaire ces exigences. » En ce qui concerne les praticiens eux-mêmes, l'une de ses tâches était de recommander « le recrutement, la sélection, la nomination, la promotion, le tableau d'effectifs, la disposition et la libération de tout le personnel du service médical ». Cela supposait également qu'il devait émettre conseils et directives en ce qui concerne « la formation professionnelle, technique, spéciale et générale de tout le personnel du service médical et d'autres dans le domaine des premiers soins et des fonctions médicales particulières, relatives aux opérations spéciales du service. » S'agissant des forces armées en tant que tel, le médecin-chef était responsable « des normes médicales pour tout le personnel des forces, en mettant un accent particulier sur leur application lors de l'entrée et de la libération, conformément aux exigences de chaque élément. » Dans le même ordre d'idées, il devait assurer « le suivi des dossiers médicaux, la mise au point, la compilation, l'interprétation et l'application des statistiques médicales du MDN[31] ».

Par ailleurs, pour ce qui a trait aux questions de santé, il était censé fournir « les conseils et une orientation pour la supervision et l'application de la médecine préventive et environnementale en général, en mettant l'accent, de façon particulière pour chaque élément, sur sa recherche et ses problèmes environnementaux spéciaux et qui lui sont propres ». À cette fin, et afin d'accomplir ses innombrables autres tâches, le médecin-chef était responsable de « toute coordination relative à la santé avec les composantes concernées du ministère de la Défense nationale, les autres ministères, ainsi que les autres organisations et autorités compétentes ». Des tâches similaires comprenaient « la préparation du budget du service médical et la supervision des dépenses de ce budget », « l'approvisionnement et la distribution des fournitures et de l'équipement médicaux » ainsi que « l'application de la Loi sur l'opium et les drogues narcotiques au sein des Forces[32] ». En bref, à l'instar du capitaine d'un navire, le médecin-chef du service médical des Forces canadiennes était responsable d'absolument tout.

D'autres tâches viendront s'ajouter au cours des années suivantes, alors que l'organisation naissante mettait en place l'infrastructure nécessaire. En janvier 1962, les responsables décidèrent que le médecin-chef « contrôlerait les biens d'équipement principaux du SMFC, excepté

31 ANC, RG 24, Acc 83-84/167, boîte 7834, 2-6125-203/70, PMC Joint Organization Order 25, Appx A, Terms of Reference of the Surgeon General, Canadian Forces, nd.

32 *Ibid.*

pour tout ce qui est spécifiquement attribué à d'autres par ordre de l'organisation ». Il exerçait également « un contrôle direct sur le personnel concernant les activités techniques médicales du SMFC ». À partir de là, la liste s'allongeait pour inclure « la mise au point et la coordination de l'exécution de la partie médicale des plans de l'état-major pour la paix et la guerre », « la coordination de l'utilisation des effectifs du SMFC et, en conjonction avec le Comité des directeurs du personnel et le Comité interarmes des emplois, le contrôle des effectifs des installations du SMFC ». De même, le médecin-chef « recommande et aide dans la conception des installations et de l'équipement pour le SMFC », et « administre le Centre spécial du MDN de l'Ambulance Saint-Jean[33] ». Il y eut des ajouts supplémentaires et des révisions. Ainsi en 1965, les fonctions du médecin-chef s'étendirent légèrement avec l'addition de la responsabilité d'agir « comme autorité de santé pour les Forces canadiennes dans le cadre de la Loi sur le contrôle de l'énergie atomique[34] ».

Il était évident que le médecin-chef avait besoin de son propre quartier général. En 1962, le Comité des directeurs du personnel annonça « qu'une étude a été réalisée par le médecin-chef, selon laquelle, dans les conditions actuelles de travail, les effectifs minima capables d'accomplir le rôle assigné au personnel du médecin-chef sont de 110 ». Dans un plaidoyer au Comité des directeurs du personnel, « le médecin-chef a informé les membres que l'approbation des effectifs proposés était devenue une affaire urgente, alors que le SMFC était en train de perdre des professionnels civils qualifiés, aucun emploi disponible ne leur ayant été autorisé[35] ». Le Comité des directeurs du personnel approuva les effectifs recommandés par le médecin-chef, mais le principe même d'un service médical centralisé, disposant de ses propres lignes de communications, était toujours débattu. Une voix discordante était celle du contre-amiral P. D. Budge, chef du personnel de la Marine, qui écrivit au Comité des directeurs du personnel que « les canaux de communications proposés ne sont pas acceptables pour la MRC[36] ».

Ses explications étaient détaillées. « La MRC maintient des canaux relativement rigides de communications et de correspondance, qui portent sur toute question d'importance, de politique, de principe, de controverse, de discipline, d'interprétation des règlements ou ordres ou de

33. ANC, RG 24, Acc 83-84/167, boîte 7834, 2-6125-203/70, G/C W. J. F. Young, for SG, to DMT, 16 Jan 62.
34. ANC, RG 24, Acc 83-84/167, boîte 7834, 2-6125-203/70, P 1901-4203/00 (DGPR), Annx B, Surgeon General, Apr 65.
35. ANC, RG 24, 83-84/167, boîte 7719, 20-1-1, pt 22, PMC 1 Feb 62.
36. ANC, RG 24, 83-84/167, boîte 7719, 20-1-1, pt 22, RAdm P. D. Budge, CNP, to Sec PMC, 6 Apr 62.

leur dérogation... » De plus, « les modifications aux règlements ou l'appel contre des décisions du quartier général de la Marine sont transmises, dans chaque cas, à travers la chaîne de commandement, au Secrétaire de la Marine ». En réalité, « les lettres reçues dans les commandements du quartier général de la Marine ne sont jamais d'un membre du Conseil de la Marine ou d'un directeur ou d'un personnage moins important du quartier général de la Marine, mais du secrétaire de la Marine, l'autorité centrale qui s'exprime au nom du quartier général de la Marine. »

Toutefois, « le médecin-chef a donné des directives aux autorités militaires locales dans les commandements sur des questions diverses. Cela a été la cause d'un désordre considérable. Des plaintes ont été reçues de la part d'officiers supérieurs du commandement, qui ont souligné qu'ils étaient responsables devant le chef d'état-major de la Marine, ajoutant que le médecin-chef n'a pas d'autorité directe sur eux... Il est noté que si le médecin-chef est autorisé à correspondre, sur toute question, directement avec les commandements de service, il devrait, en fait, avoir une plus grande autorité à cet égard que tout membre du Conseil de la Marine. Le sous-ministre et ses proches collaborateurs ne disposent pas de l'autorité qui leur permet de correspondre directement avec les commandements. »

Bien que « sur des questions médicales de pure routine, la MRC n'ait aucune objection au fait que le médecin-chef communique avec l'officier approprié du SMFC appartenant au commandement », le chef du personnel de la Marine recommanda l'adoption d'une nouvelle procédure, en vertu de laquelle le médecin-chef devrait communiquer, sur des questions de politique, « avec des membres du Comité des directeurs du personnel lorsque plus d'un élément est concerné... et avec le membre du personnel de l'élément approprié lorsqu'un seul élément est concerné », comme cela a été le cas quelques années auparavant. Pour ce qui est de « l'extérieur du Quartier général de la Défense nationale », la communication serait « sur des questions médicales ou techniques de routine, avec l'officier approprié du SMFC ». Il voulait aussi ajouter un paragraphe aux procédures écrites, stipulant que « sur des questions médicales et techniques autres que routinières, la correspondance hors du Quartier général de la Défense nationale concordera avec la pratique habituelle de l'élément concerné[37] ». Dans le plan du chef du personnel de la Marine, les praticiens médicaux de la MRC auraient ainsi recours aux canaux de communication de la Marine et non à la chaîne de commandement du Service médical des Forces canadiennes.

37. ANC, RG 24, 83-84/167, boîte 7719, 20-1-1, pt 22, RAdm P. D. Budge, CNP, to Sec PMC, 6 Apr 62.

Le SMFC continuerait cependant à essayer d'en créer une, comme il l'avait fait depuis sa création au début de 1959 (ou depuis la création du service de santé en 1904). Comme le médecin-chef K. A. Hunter l'a expliqué en septembre 1959, 21 états-majors médicaux séparés fonctionnaient dans trois postes de commandement de la MRC, quatre de l'Armée et six de l'ARC, en plus de huit états-majors médicaux locaux au sein de l'Armée. Il recommanda que ceux-là soient remplacés par dix états-majors régionaux et infra-régionaux (Pacifique, Alberta, Territoires du Nord-ouest, Prairies, Ontario, Ouest de l'Ontario, Vallée de l'Outaouais, Québec, Est du Québec, Atlantique, et Nouveau-Brunswick). Le nombre total de leurs effectifs représenterait ainsi une réduction de 24 pour cent par rapport à la situation actuelle, avec des économies de salaires d'environ 200 000 $ par an. En plus , « des économies seront réalisées du fait de l'établissement de SEM [salles d'examen médical], de centres d'examen et de recrutement communs et par le recours aux services médicaux civils ». Il nota, néanmoins, « qu'en Europe, les deux formations opérationnelles, le Groupe-Brigade de l'Armée et la Division aérienne, doivent chacune avoir leur propre personnel du SMFC, en raison de leurs engagements opérationnels séparés[38] ».

Nombreuses étaient les objections émanant des armes combattantes, l'ARC étant préoccupée par le lieu où les documents médicaux seraient classés, et l'Armée cherchant à garder ses propres effectifs médicaux au quartier général de commandement et au quartier général de zone, pour n'en donner que deux exemples. Toutefois, au niveau des autorités supérieures, le sort en était jeté, le Comité des directeurs du personnel relevant que « les seules économies de dix médecins militaires, avec un salaire moyen de 7853 $ en 1959, en plus de trente autres membres du personnel, sont suffisants pour que l'application devienne obligatoire. Tout délai supplémentaire dans la mise en œuvre de cette proposition affectera très sérieusement les prémisses majeures de l'intégration, dans son double aspect fonctionnel et économique[39]. »

Cependant, le Comité des directeurs du personnel n'était pas totalement rigide — et n'était pas unanime non plus —, ce qui fait que l'Armée pouvait toujours invoquer des arguments pour plaider en faveur d'effectifs médicaux propres aux officiers généraux commandants et aux commandants régionaux, et l'ARC pouvait souligner le besoin d'avoir un médecin militaire pour les équipages d'aéronefs dans chacun de ses commandements opérationnels. Il revenait aux chefs d'état-major de prendre les décisions, le médecin-chef insistant sur le fait que « le SMFC

38. ANC, RG 24, 83-84/167, boîte 7719, 20-1-1, pt 15, MGen K. A. Hunter, SG, Supporting Data for Personnel Members Cttee, 22 Sep 59.

39. ANC, RG 24, 83-84/167, boîte 7719, 20-1-1, pt 18, Surg VAdm T. B. McLean, SG, to Sec PMC, 23 Feb 60.

ne pouvait fonctionner convenablement si le personnel n'était pas contrôlé sur une base régionale », bien « qu'il n'anticipa aucune difficulté à fournir les services requis aux organisations de commandement des forces armées[40] ». En juin 1960, cependant, le Comité des directeurs du personnel convint que « le médecin-chef révisera son plan d'organisation régionale pour indiquer que les conseillers médicaux seront affectés aux quartiers généraux de commandement et de zone, et aux quartiers généraux équivalents », et « qu'un médecin militaire pour les équipages d'aéronefs sera stationné en permanence au QG MAC[41] », ou Quartier général du Commandement maritime de l'ARC. Tous les praticiens, par voie de conséquence, ne feraient pas partie de la chaîne de commandement du SMFC.

Afin que les médecins militaires régionaux mènent leurs « fonctions séparées » pendant qu'ils cherchaient à « surmonter les principaux sujets de préoccupation exprimés par l'Armée et l'ARC », le médecin-chef recommandait désormais la constitution de six quartiers généraux régionaux et de neuf autres infrarégionaux. D'une manière générale, « le rôle des quartiers généraux régionaux du SMFC est de représenter le médecin-chef, de donner des avis et des recommandations sur la prestation et les normes des services médicaux et l'utilisation coordonnée des installations et du personnel médical dans chaque région... En plus, les quartiers généraux médicaux, régionaux et infra-régionaux rempliront des fonctions médicales propres aux fonctions et aux opérations des commandements du Service. » Les quartiers généraux régionaux devraient être maintenus ou établis pour l'Atlantique, le Québec, l'Ontario, les Prairies, l'Alberta et le Pacifique ; on mettrait un terme aux positions telles que celle de médecin militaire du commandement de la MRC, d'officier d'état-major (médical) du commandant des Divisions navales, de médecin militaire du commandement de l'Armée, de médecin militaire régional, également dans l'Armée, et d'officier d'état-major du service médical de l'ARC. Ainsi, un médecin militaire régional serait responsable envers « le médecin-chef, du fait qu'il est son représentant et son officier de contrôle dans une région géographique déterminée », mais aussi envers « l'officier supérieur d'un commandement d'un élément, qui a son quartier général à l'intérieur de la région médicale, pour les avis médicaux et le rendement au niveau des tâches médicales propres à la fonction de ce commandement[42] ».

Initialement, l'Armée a désapprouvé le plan, en faisant valoir qu'il ne satisfaisait pas ses exigences « concernant la nomination de conseillers

40. ANC, RG 24, 83-84/167, boîte 7719, 20-1-1, pt 18, Extract from the 661st Meeting of Chiefs of Staff, 6 May 60.
41. ANC, RG 24, 83-84/167, boîte 7719, 20-1-1, pt 18, PMC 2 Jun 60.
42. ANC, RG 24, 83-84/167, boîte 7719, 20-1-1, pt 21, Surg RAdm T. B. McLean, SG, Supporting Data for PMC, 1 Nov 61.

médicaux au sein du personnel des OGC (ou officiers généraux commandants) et ceux des commandants régionaux, et sous leur commandement en tout temps[43] ». Après moult hésitations, cependant, « l'armée était tout à fait préparée à avaliser le plan, à condition que certaines stipulations puissent être rédigées dans le *Joint Organization Order* (ordonnance de l'organisation interarmes). En bref, les attributions des conseillers médicaux devraient définir leurs responsabilités particulières de fournir le soutien nécessaire à l'Armée[44] », mettant ainsi un terme à ce pugilat administratif. Mais celui-ci n'était pas le dernier, une ébauche du *Joint Organization Order* de juin 1962 pour les quartiers généraux régionaux et infra-régionaux ayant été mise de côté par le Comité des directeurs du personnel en attendant « tout commentaire, s'il y en a, des quartiers généraux des services[45] ».

Faisant preuve de fermeté, le médecin-chef, le contre-amiral T. B. McLean, écrivit : « après mûre réflexion, je ne suis pas désireux d'amender ma proposition, particulièrement en ce qui a trait à la suggestion que des officiers devraient être placés dans une situation de séparation permanente vis-à-vis du QG SMFC — officiers supérieurs, OGC, COA — pour accomplir des tâches précises, telles que planifier pour des opérations de survie [suivant une attaque nucléaire] ou pour faire des recommandations sur la médecine aéronautique, parce que j'estime qu'en réalité, cela détruirait le concept régional, et parce que je ne pense pas que de tels officiers auraient suffisamment de travail. » Il souligna que, selon les termes de références, « si un commandant local devait estimer que, au sein de l'organisation actuelle, il ne recevait pas le soutien ou les recommandations des spécialistes, tel que demandé, son recours est simple : d'abord en appeler au médecin régional et, s'il n'obtient pas satisfaction, à moi-même et à son propre chef de service au QGDN ». McLean est allé aussi loin que de menacer de passer outre aux membres du Comité des directeurs du personnel, bien que, dit-il, « je détesterais prendre une initiative pareille ». Le fait était, à son avis, que « la méthode d'administration encombrante à laquelle moi-même et l'état-major des commandements sommes contraints de recourir, dans le cadre de la présente organisation, porte atteinte à la finalité unique, empêche l'épanouissement d'une loyauté essentielle au concept même du SMFC, accroit les difficultés d'effectifs et de dotation en personnel, et provoque, en conséquence, un effet contraire sur le moral de la Branche médicale[46] ». Il était temps que l'unification devienne un fait accompli.

43. ANC, RG 24, 83-84/167, boîte 7719, 20-1-1, pt 21, PMC 7 Dec 61.
44. ANC, RG 24, 83-84/167, boîte 7719, 20-1-1, pt 21, PMC 1 Feb 62.
45. ANC, RG 24, 83-84/167, boîte 7719, 20-1-1, pt 22, PMC 14 Jun 62.
46. ANC, RG 24, 83-84/167, boîte 7719, 20-1-1, pt 22, Surg RAdm T. B. McLean, SG, to Chair PMC, 22 Jun 62.

À la fin de 1962, les intégrationnistes avaient pris le dessus, les quartiers généraux régionaux et infrarégionaux du SMFC devant être constitués en date du 1er janvier 1963, conformément à l'ordonnance organisationnelle interarmées nº 37 *(Joint Organization Order N° 37)*. Dans la région de l'Atlantique, il y aura des sous-régions à Terre-Neuve ainsi qu'au Nouveau-Brunswick, l'infrarégion de la Ville de Québec (Valcartier) dans le Québec, la Région médicale de la Vallée de l'Outaouais restant unifiée, la Région médicale de l'Ontario intégrera des infrarégions de l'est de l'Ontario (Kingston), du centre de l'Ontario (Trenton), du sud de l'Ontario (Toronto), et de l'ouest de l'Ontario (London), la Région médicale des Prairies inclura une infrarégion médicale des Prairies (Saskatchewan), la Région médicale de l'Alberta ne sera pas divisée, et la Région médicale du Pacifique aura une infrarégion médicale du Pacifique (Vancouver). En harmonie avec les recommandations du médecin-chef, « le rôle des quartiers généraux régionaux du SMFC est de représenter le médecin-chef et de présenter des recommandations sur les normes des services médicaux et l'utilisation coordonnée du personnel médical et des installations dans chaque région ». En plus, « les quartiers généraux régionaux et infrarégionaux rempliront des tâches médicales propres aux fonctions et à l'opération du commandement de l'élément ». Sous « Canaux de communications », l'ordonnance stipula que « les canaux de communications existants qui concernent les affaires médicales resteront inchangés, sauf que des copies des communications concernant des questions d'intérêt régional seront transmises au médecin régional approprié ». Il est ajouté « qu'en matière de médecine aéronautique et de sécurité de vol, un canal de communication direct sera établi entre le commandement de l'élément approprié, l'Institut de médecine aéronautique et les médecins de l'air dans les quartiers généraux régionaux et infrarégionaux[47]. » En faisant quelques compromis, le médecin-chef paraissait être parvenu à ses fins.

Il apprenait toutefois que, dans les forces armées, la seule chose qui restait la même était le changement lui-même et, en 1964, les plans de réorganisation du Quartier général de la Défense nationale suscitèrent de nouvelles discussions sur le poste et le rôle du médecin-chef qui, à l'époque, était le contre-amiral W. J. Elliott. Tout cela faisait partie du plan du gouvernement visant à intégrer les trois armes combattantes dans le cadre des forces armées canadiennes unifiées. Mais comme il le dit à l'Association médicale de la Défense, dans le nouveau système, « vous trouverez le service médical sous le chef du personnel, inscrit avec Bien-Être social, solde, aumôniers et ainsi de suite. Cela est probablement basé sur le système britannique, dans lequel les services médicaux relè-

47. ANC, RG 24, v.22,460, 2008-1, Joint Organization Order nº 37, 20 Dec 62.

vent de la branche de la Direction du personnel. Alors que cette méthode peut être "traditionnelle", il est intéressant de noter que certains services médicaux dans le monde occidental relèvent directement du chef d'état-major. » Il nota plus loin, cependant, que bien que « nous soyons responsables devant le chef du personnel des politiques relatives au personnel du service médical des Forces canadiennes pour des questions de routine administrative », en ce qui concerne les affaires médicales et de santé, « nous avons un accès direct aux directeurs généraux et au chef d'état-major de la Défense, lorsqu'approprié[48] ».

Un an plus tard, les plans du gouvernement étaient devenus plus concrets et détaillés. C'est ainsi qu'il fut décidé de remplacer l'Armée, la Marine et l'Aviation par divers commandements autonomes, nommément la Force mobile (pour remplacer l'Armée au Canada), la 1re Division aérienne en Allemagne, le 4e Groupe-Brigade d'Infanterie canadienne, également en Allemagne, le Commandement de la défense aérienne pour protéger le Canada d'une attaque soviétique, le Commandement maritime pour les opérations navales, le Groupe de transport aérien, le Commandement de l'instruction et le Commandement du matériel. Le médecin-chef n'obtint pas l'autonomie qu'il voulait, mais pouvait établir des communications latérales avec le chef d'état-major de la Défense et d'autres. Quant aux nouvelles forces armées canadiennes, « bien que des ajustements mineurs peuvent être nécessaires dans l'organisation du service médical des Forces canadiennes, pour procurer un avis médical et un soutien aux commandants en fonctions, afin qu'ils soient en mesure d'accomplir les responsabilités opérationnelles dont ils ont la charge, il apparaîtrait que les fonctions médicales qui sont assurées sur une base régionale seront toujours sous le contrôle du médecin-chef à partir du quartier général. La Force mobile peut requérir du personnel médical, et cela peut ou ne peut pas nécessiter des modifications[49]... » En fait, tous les commandements énumérés ci-dessus, et pas seulement la Force mobile, contrôleront les praticiens médicaux de leur organisation, qu'ils fassent partie des ambulances de campagne, des régiments, des escadrons ou des équipages des navires. L'autorité et la responsabilité du médecin-chef seront confinées à des questions telles que la formation et l'avancement professionnel. Ainsi, ayant gagné la plupart de ses combats en 1959, ses successeurs verront plusieurs des fruits de telles victoires se faner à la fin des années 1960.

À travers tout cela, les forces armées prenaient des dispositions pour la mobilisation, et même si cette dernière était partielle et fut entreprise pour une guerre qui n'eut jamais lieu, elle fut tout de même une entre-

48. ANC, MG28, I157, v.2, DMA Proceedings of Annual Meeting, 26-27 Nov 64 ; Appx B.
49. ANC, MG28, I157, v.2, DMA, Proceedings of Annual Meeting, 25-26 Nov 65.

prise difficile, compliquée et presque chaotique. Les branches médicales, par exemple, avaient besoin de connaître les défis auxquels elles pourraient faire face sur un théâtre de guerre potentiel, et lors d'une réunion du Comité des directeurs du personnel, tenue le 21 août 1950, des officiers « ont exprimé l'opinion que le service de santé devrait savoir quelles maladies peuvent être endémiques dans de possibles zones d'opérations ». Dans l'optique du colonel d'aviation J. A. Mahoney, qui présidait le comité, « le domaine du renseignement médical est très complexe et peut être seulement exploré, classé et consigné par des efforts et des enquêtes. C'est bien cela qui est fait à présent tout autant par les États-Unis que le Royaume-Uni, et il n'est pas dans l'intention du comité de recommander que le Canada refasse le même travail. » D'un autre côté, « afin que le Canada puisse, toutefois, bénéficier des travaux de ces nations, il est nécessaire que des canaux de communication reconnus soient disponibles, et ces canaux sont censés passer par le Bureau de renseignement interarmées ». Et ce n'était pas tout, puisqu'il « est souligné par la suite que le travail qu'il faut pour amasser et adapter ces informations à nos besoins, selon la disponibilité, nécessite les efforts à plein temps d'un médecin militaire spécialement entraîné dans le domaine de la santé publique ». Selon Mahoney, « dans les conditions actuelles, le Service médical des Forces canadiennes n'est pas en position d'obtenir ou de collecter les informations essentielles détaillées requises pour les opérations dans certaines régions possibles de conflit[50] ». Le Comité des directeurs du personnel, cependant, estima que les sources d'information existantes, telles que les journaux médicaux et la liaison avec les États-Unis et le Royaume-Uni, devraient suffire, et il rejeta la requête.

Il n'en reste pas moins que le Comité médical interarmes avait un allié dans le Bureau de renseignement interarmées, qui aborda lui-même le Comité des directeurs du personnel. Il souligna qu'il existait une exigence selon laquelle il fallait se « procurer des données médicales pour la préparation et la mise en œuvre de [nos] propres plans opérationnels. Les exigences détaillées ont trait au renseignement sur les maladies humaines et animales, les vecteurs des maladies et l'incidence des épidémies ; la disponibilité des installations hospitalières, médicales et infirmières, du matériel et du transport ; les aspects en rapport avec la santé publique de l'alimentation en eau et du réseau d'égouts, et des installations vétérinaires. » Il est également souhaitable d'être au courant de la situation dans les pays étrangers en ce qui concerne « les capacités de guerre chimique, bactériologique et radiologique ; la preuve de la mise en œuvre de préparations ou de précautions médicales et

50. ANC, RG 24, 83-84/167, boîte 7717, 20-1-1, pt 2, G/C J. A. Mahoney, A/Chair ISMC, to Sec PMC, 21 Aug 50.

vétérinaires, qui témoignent de l'intention d'avoir recours à ces armes ou la peur d'une attaque imminente ; le caractère adéquat des préparatifs médicaux, en tant qu'aspect de la défense civile, pour faire face à une attaque à la Bombe A ou aux bombes conventionnelles »... Autant de préoccupations qui ont précédé de plus de quarante ans la guerre du Golfe[51].

Et ce n'était pas tout, puisque « le renseignement médical est précieux en tout temps pour tout personnel de forces armées se trouvant dans des pays étrangers, en manœuvre, en campagne, ou en vol ». Finalement, le Comité mixte du renseignement nota encore une fois que « l'importance du renseignement médical s'accroîtra avec l'accroissement de la perspective d'une guerre bactériologique, chimique et radiologique... ». Bien que l'intention n'ait pas été de dédoubler ce qui était fait aux États-Unis et au Royaume-Uni, « il est nécessaire d'établir des canaux de communication et de consacrer les efforts à plein temps d'un médecin militaire qualifié en santé publique » pour rester à la hauteur des développements dans ces deux pays alliés[52]. Le Comité des directeurs du personnel infirma sa précédente décision et approuva la requête.

Il en était de l'approvisionnement comme du renseignement, le major-général W. H. S. Macklin, l'adjudant général, rapportant, en septembre 1950 (bien avant l'unification), qu'il avait examiné la question de la planification médicale pour la mobilisation. « J'ai récemment présenté une estimation de plus d'un million de dollars pour le stockage du matériel de mobilisation du service médical tels que les appareils de radiographie, les instruments chirurgicaux et quantité d'autres articles... L'Armée approvisionne les autres services en fournitures médicales, et le service médical de l'ARC a récemment présenté son plan ou, du moins, ses passages les plus pertinents, au DGSM, en vue d'obtenir des fournitures médicales. Je crois comprendre que les demandes de la force aérienne pour les fournitures de mobilisation peuvent varier de un million et demi à deux millions de dollars. On ne connait pas, pour le moment, le montant des demandes de la Marine, qui sont également attendues. » Par conséquent, il était aisé de dire que « la valeur de la demande de stockage global des trois éléments peut atteindre trois, voire quatre millions de dollars[53] ».

Il s'agissait d'une grande quantité de matériel comprenant « un bon lot d'appareils de radiographie, d'équipement hospitalier et ainsi de suite. Il me paraissait évident qu'à moins d'une certaine coordination des dif-

51. ANC, RG 24, v.5386, 47-13-1, W/C G.H. Newsome, Sy Joint Int Ctee, to Sy PMC, 25 Sep 50.
52. *Ibid.*
53. ANC, RG 24, 83-84/167, boîte 7717, 20-1-1, pt 2, MGen W. H. S. Macklin, AG, to Chair PMC, 7 Sep 50.

férents plans des services, il y aurait, en certains endroits, un dédoublement des installations, ainsi qu'une perte d'équipement rare et de valeur, de même que d'une force de travail médicale ou autre, tout aussi rare et précieuse. » Macklin posa alors une question parfaitement raisonnable : « Ne pensez-vous pas que les trois services médicaux devraient se rencontrer pour voir si un certain degré de regroupement des installations de mobilisation ne serait pas praticable [?] Je sais que tout le monde aime diriger ses propres affaires dans des circonstances pareilles, mais j'ai la forte impression que si nous ne mettons pas au point au préalable un plan économique et coordonné, la rafale de critiques de la profession médicale civile et du public sera telle que nous pourrions être obligés d'improviser en toute hâte un tel plan après le début de la mobilisation[54]. » La logique de cet argument était indéniable.

La référence à « la profession médicale civile et au public » était habile, sachant que la mobilisation pour la guerre impliquerait la société canadienne dans sa globalité, et que les branches médicales des forces armées devraient compter beaucoup sur des organismes civils pour certains aspects de la préparation d'un conflit généralisé. Ainsi, « il a été décidé qu'en cas de guerre, les forces armées auraient recours au service de transfusion de sang de la Société canadienne de la Croix-Rouge », indiquait, en septembre 1950, le Comité médical interarmes. Avec l'autorisation du sous-ministre, « la Croix-Rouge canadienne fournira aux forces armées suffisamment de sang et de produits sanguins pour satisfaire leurs besoins. Les exigences immédiates de la force spéciale [pour la Corée], ajoutées au stockage, sont estimées à quelque 1000 bouteilles par mois, si celles-ci sont achetées auprès de sources commerciales. Les besoins à long terme des forces armées, dans le cas d'une mobilisation totale, seront probablement d'environ 6000 bouteilles par mois. Les installations de la Croix-Rouge canadienne peuvent être développées ou agrandies pour satisfaire cette exigence[55]. »

Le coût des premières 1000 bouteilles par mois serait de 180 000 $ si elles devaient être acquises auprès de sources commerciales, et bien que la Croix-Rouge, pour sa part, ait espéré fournir le sang gratuitement au gouvernement, l'agrandissement des installations nécessaires coûterait un demi-million de dollars. « On prévoit que ce montant proviendra de contributions volontaires à la suite d'un appel national qui doit être lancé en mars 1951, à condition que les besoins des forces armées soient toujours d'actualité à ce moment-là, c'est-à-dire que la

54. ANC, RG 24, 83-84/167, boîte 7717, 20-1-1, pt 2, MGen W. H. S. Macklin, AG, to Chair PMC, 7 Sep 50.
55. ANC, RG 24, 83-84/167, boîte 7717, 20-1-1, pt 2, G/C A. A. G. Corbet, Chair ISMC, to Sec PMC, 20 Sep 50.

situation de guerre soit toujours aiguë. » Sinon, « la Croix-Rouge demanderait à être remboursée pour ses dépenses ». En réalité, comme l'a rapporté le Comité médical interarmes, le gouvernement parierait sur la différence entre un demi-million et 180 000 $ « que la situation internationale sera toujours tendue en mars 1951[56] ». Le Comité des directeurs du personnel souscrivit au pari, en dépit d'une lettre du Dr G. D. W. Cameron, sous-ministre de la Santé nationale, recommandant que « plutôt que de souscrire à la proposition de la Société de la Croix-Rouge canadienne contenue dans une soumission au gouverneur général en conseil, il devrait y avoir un contrat bien précis pour l'achat de sang et de produits sanguins nécessaires ». Le Comité médical interarmes estima, toutefois, que le besoin urgent de sang écarte la possibilité de tenter de forcer la Croix-Rouge dans une situation contractuelle, et le Comité des directeurs du personnel était d'accord[57].

Le sang avait constitué un sujet de préoccupation majeure bien avant la Deuxième Guerre mondiale, ayant été établi que les transfusions pouvaient provoquer une importante amélioration de l'état des personnes victimes d'un état de choc. Toutefois, le sang n'étant pas toujours disponible en quantités suffisantes, des substituts ont été testés, comme l'a d'ailleurs été tout produit qui aurait pu augmenter les provisions existantes. Cela s'est, en effet, produit lors de la guerre en Corée. La 25e Équipe chirurgicale de campagne rapporta qu'en juillet 1952, le colonel William A. Spacher, directeur du département de la recherche clinique au Brooke Army Hospital, Fort Sam Houston, Texas, et le Dr Curreri, professeur de chirurgie à l'Université de Wisconsin, « étudiaient les potentialités du Dextran dans la réanimation, à l'hôpital militaire de campagne (MASH 8055) en Corée. Des résultats de leurs travaux, il apparaît que cette substance peut montrer sa grande utilité dans des mesures de réanimation à l'avenir[58]. »

Bien que faisant partie depuis longtemps des procédures de traitement en Suède, « ce n'est que durant les deux dernières années que les chercheurs cliniques américains ont été singulièrement intéressés par son utilisation. Leur intérêt a été suscité par la possibilité de plus en plus grande d'une guerre sur une vaste échelle, au cours de laquelle l'approvisionnement adéquat en plasma et en sang total ne serait pas disponible. Cela serait particulièrement vrai dans le cas d'un grand nombre de victimes d'une explosion atomique ou de toute autre catastrophe provoquant de grandes brûlures ou un trauma corporel. De plus, on a

56. *Ibid.*
57. ANC, RG 24, 83-84/167, boîte 7717, 20-1-1, pt 2, Extracts from the Minutes of 307th Meeting of Personnel Members Committee, 5 Dec 50.
58. ANC, RG 24, v 18, 398, N° 25 Cdn Field Surgical Team, Jul 52, Appx 1.

trouvé que la réserve de plasma actuellement utilisée est responsable de l'ictère homologue dans 5 à 15 pour cent des cas. Certains observateurs ont même fait état d'une incidence aussi élevée que 20 pour cent[59]. » Le Dextran n'était pas, en fait, un substitut du sang, mais en encourageant le transfert de liquides des tissus du corps dans la circulation sanguine, on aidait le patient à tenir bon en attendant que le sang devienne disponible.

Les vaccins étaient une autre substance exigée en grandes quantités en cas de mobilisation. Et, comme partie d'un exercice de quartier général appelé Fallex (à ne pas confondre avec les exercices de combat à simple action du même nom menés plus tard en Europe), le directeur de la Médecine préventive et le directeur des fournitures médicales « ont examiné le problème consistant à procurer suffisamment de vaccins » pour des maladies telles que la variole, le typhus et le choléra, « afin d'immuniser les composantes de la Première réserve de chaque Service et les recrues de la vie civile, qui seraient requises pour doter en personnel les Forces régulières et leur faire atteindre leur tableau d'effectifs complet. En chiffres ronds, des vaccins en quantités suffisantes seront nécessaires pour immuniser 40 000 réservistes et recrues... Au début de chaque année fiscale, le directeur des fournitures médicales prend des dispositions en vue d'assurer suffisamment de vaccins pour immuniser tout le personnel de la force régulière au cours de l'année fiscale courante, en plus de 10 pour cent afin d'assurer des provisions pour le début de l'année fiscale suivante. » Ainsi, rien ne serait disponible pour tout réserviste qui serait mobilisé. « La principale pierre d'achoppement pour se procurer rapidement des vaccins supplémentaires est le TABTD », un cocktail destiné à protéger contre une variété de maladies. « Il est fabriqué au Canada par un seul laboratoire, qui ne garde pas de stock disponible, et produit à un certain moment une certaine quantité de TABTD demandée par les forces armées. Le délai d'exécution et de livraison est de 90 jours ; si on se donne 30 autres jours pour la distribution aux unités et pour d'autres impondérables, le temps d'exécution total devient de 120 jours[60] » ou environ quatre mois. Dans le cas d'une mobilisation rapide, plusieurs recrues devraient tout simplement s'en passer.

Le renseignement médical pouvait contribuer à la recherche d'un moyen de prévenir la maladie et la collecte de provisions pouvait faire en sorte que les soldats malades et les soldats blessés soient susceptibles d'être traités (bien qu'il n'y ait aucune garantie). Mais cela laissait en plan la question de déplacer les patients là où ils pourraient recevoir des

59. *Ibid.*
60. ANC, RG 24, 83-84/167, boîte 7826, 2-6100-33/47, Col R.D. Barron, DPMed, to DMedPR, 14 Sep 62.

soins efficaces, et si des dispositions n'étaient pas prises en temps de paix, elles risquaient de faire défaut si la guerre devait éclater. Ainsi, lorsqu'en avril 1950, le Comité médical interarmes chercha à savoir quel genre de service d'ambulance aérienne serait disponible lors de la mobilisation, du moment que cela « aura un rapport direct avec la planification médicale de mobilisation de l'Armée[61] », la réponse a dû étonner. « Il n'existe pas de plans en vertu desquels l'ARC pourrait jouer un rôle d'ambulance aérienne », répondit le vice-maréchal de l'air F. R. Miller. « Alors que quelques aéronefs de type Dakota sont capables de transporter des civières... Nos ressources actuelles ne permettent pas à l'ARC d'assurer un service d'ambulance aérienne pour l'Armée[62]. »

Il s'agissait visiblement d'un cas où la force aérienne avait le sentiment que l'Armée présentait des demandes qu'elle ne pourrait satisfaire. Cependant, le major-général W. H. S. Macklin, l'adjudant général, souligna au chef d'état-major général, et le Comité médical interarmes en convint, « que, faute d'un service d'ambulance aérienne de mobilisation, organisé et assuré par l'ARC, les services de santé devront être préparés à opérer dans un très grand nombre de stations de l'Armée, de l'Aviation et de la Marine dispersées à travers le Canada... », afin que les praticiens médicaux soient près de leurs patients. « Un service d'ambulance aérienne efficace permettrait de renforcer les centres chirurgicaux[63]. » À l'époque, toutefois, chaque branche combattante n'en faisait qu'à sa tête, et le mieux que le lieutenant-général G. G. Simonds, chef d'état-major général, pouvait faire était de proposer qu'un service d'ambulance aérienne « devrait être faisable en réquisitionnant un transport par air et un équipage civils, à condition que soient prises au préalable des mesures pour l'organisation d'un tel service[64] ».

De telles questions, dans leurs mille et un détails, étaient examinées, en long et en large, dans des douzaines de comités, de sorte que les décideurs aux plus hauts échelons du gouvernement et du ministère de la Défense nationale puissent formuler un plan. L'un de ces comités était composé de G. E. Hall (Université Western-Ontario), J. A. MacFarlane (Université de Toronto), W. C. Mackenzie (Université de l'Alberta) et Mathieu Samson (Université Laval) qui, tous, avaient une expérience militaire couvrant les trois éléments. De leur point de vue, le problème de la mobilisation était que « l'une des plus grandes responsabilités du Canada consiste en la préparation pour la défense totale de

61. ANC, RG 24, 83-84/167, boîte 7717, 20-1-1, pt 3, A/C F.G. Wait for AMP, to AMOT, 27 Apr 51.
62. ANC, RG 24, 83-84/167, boîte 7717, 20-1-1, pt 3, AVM F. R. Miller, AMOT, to AMP, 10 May 51.
63. ANC, RG 24, 83-84/167, boîte 7717, 20-1-1, pt 3, MGen W. H. S. Macklin, AG, to C GS, 17 May 51.
64. ANC, RG 24, 83-84/167, boîte 7717, 20-1-1, pt 3, LGen G. G. Simonds, C GS, to Chair Chiefs of Staff, 28 May 51.

son peuple et de ses idéaux, et la mise en application de ses engagements internationaux à travers toute organisation ou par tout moyen que déciderait le Parlement. Le rôle des forces armées, en tant que noyau en temps de paix du grand potentiel technique et humain du temps de guerre, revêt une signification cruciale. L'efficacité des forces armées, dépendante qu'elle est de l'entraînement, de la discipline et du moral, peut être sérieusement altérée sans un maintien à un niveau élevé de la santé, mentale et physique, des membres des Forces. Il en est de même de l'efficacité et du moral de la population civile, y compris pour ceux qui vont continuer à développer nos ressources, ceux qui prépareront nos produits alimentaires, et ceux qui fabriqueront notre matériel de guerre, ce qui dépend, dans une grande mesure, du fait de savoir que des services médicaux adéquats leur seront assurés immédiatement en cas de besoin[65]. »

Par conséquent, « la planification pour l'utilisation la plus extensive possible des installations médicales et de la force de travail médicale et infirmière, dans le but d'assurer les services optimaux aux membres des armes combattantes, aussi bien que la couverture de la population civile, consiste à préserver la cadence accrue de l'état de préparation nationale. Dans le cas d'une guerre majeure, ce ne sont pas uniquement les membres des forces armées qui risqueront d'être blessés ou tués par l'ennemi. De ce fait… il est nécessaire de réfléchir et de planifier en gardant à l'esprit la possibilité que le militaire doit assurer un service en cas de catastrophe pour la population civile. Notre réflexion doit se caractériser par une plus grande flexibilité et notre planification par une conception nationale, afin de rendre efficace un programme d'utilisation pratique de la force de travail médicale et infirmière au sein des forces armées, à la fois en temps de paix et dans le cas d'une guerre. » Hall et ses collègues proposèrent que les décideurs se penchent sur la Deuxième Guerre mondiale pour en tirer les leçons. Ainsi, « le dédoublement des hôpitaux, du personnel hospitalier, des conseillers et les longues périodes d'inactivité professionnelle favorisèrent la frustration et le mécontentement, détournèrent de la population civile de grands nombres de médecins et d'infirmières bien avant qu'on ait en fait besoin d'eux, au détriment des médecins, des chirurgiens et des infirmières concernés, ainsi que des zones civiles qu'ils avaient été autorisés à quitter, poussés par leur enthousiasme[66]. »

65. ANC, RG 24, 83-84/167, boîte 7718, 20-1-1, pt 4, A Report of the Committee on Integration of the Medical Services of the Three Armed Forces as Established by the Chairman of the Defence Medical and Dental Services Advisory Board, Apr 52.
66. *Ibid.*

De la sorte, le manque de planification conduisit au désordre et au gaspillage, mais se préparer pour la guerre — et pour d'autres catastrophes — ne constituait pas seulement une responsabilité du MDN, d'autres ministères, comme Santé et Bien-Être social, étant également concernés et cela nécessitait une coordination qui rajouta de la complexité à ce qui était déjà un processus compliqué. L'ouragan Hazel ayant frappé des régions du Canada central en 1954, des échanges de vues subséquents rappelèrent que « la défense civile ne fait pas partie des responsabilités du ministère de la Défense nationale ». Il existait, néanmoins, un Conseil consultatif du service médical et du service dentaire de la Défense, qui était non seulement responsable envers le ministre de la Défense nationale, en ce qui concerne le recrutement des médecins militaires, mais aussi devant Santé et Bien-Être, pour ce qui est de la définition des mesures à prendre en cas de catastrophe civile[67]. Également, dans l'hypothèse d'un événement de nature plus guerrière, tel « qu'une attaque avec une arme d'une mégatonne », le MDN et Santé et Bien-Être seraient conjointement responsables du stockage et de l'entreposage des articles médicaux[68].

Cela s'appliquait à d'autres questions relatives à l'organisation et à l'éducation, la liaison à des échelons élevés entre les deux ministères devenant affaire de routine au milieu des années 1950. Par exemple, en juillet 1955, le médecin principal de Services des santé de la protection civile à Santé et Bien-Être social, K. D. Charron, contacta le brigadier général J. N. B. Crawford, du Conseil médical des Forces canadiennes, pour avis sur la composition des équipes spécialisées dans les soins de santé d'après catastrophe. « Ces derniers pourraient inclure les soins de neurochirurgie, maxillo-faciaux, et ophtalmiques, etc. », mais il cherchait à obtenir les commentaires du MDN sur « la composition des équipes, le nombre des unités nécessaires, leur équipement, leur disponibilité et ainsi de suite ». L'intégration des principes de soins en cas de pertes massives dans les programmes d'études du premier cycle des étudiants en médecine était une autre question, le MDN fournissant les informations qui pourraient être utilisées dans une réunion de l'Association des facultés de médecine du Canada[69]. D'autres exemples d'une telle coordination comprenaient la participation militaire aux conférences parrainées par Santé et Bien-Être, la participation des hôpitaux du MDN aux simulations de catastrophe organisées par des civils, et l'espace d'en-

67. ANC, RG 24, Acc 83-84/167, boîte 7823, Relationship of Medical Services of Armed Forces to Civil Defence, nd.
68. ANC, RG 24, Acc 83-84/167, boîte 7823, BGen J. N. Crawford, Exec Staff O C F Med Council, to Chair COS, 18 Jan 55.
69. ANC, RG 24, Acc 83-84/167, boîte 7823, K. D. Charron, PMO Civil Defence Health Services DHW, to BGen J.N.B. Crawford, C.F. Med Council, 7 Jul 55.

treposage dans les installations de l'ARC pour les provisions médicales et l'équipement d'urgence[70].

La mobilisation n'était qu'approximative. Au début des années 1960, le Service médical des Forces canadiennes avait, pourtant, une idée relativement détaillée de la manière dont il réagirait en cas de guerre. En fait, le pluriel « guerres » serait plus précis, sachant que le SMFC envisageait deux types de conflit : premièrement, le « Plan Rouge. Le Canada est l'objet d'une attaque nucléaire juste ou peu après le déclenchement des hostilités. La Survie nationale devient la plus importante. » Deuxièmement, le « Plan Vert. Le Canada est impliqué dans une guerre généralisée, mais l'Amérique du Nord n'a PAS été l'objet d'une attaque nucléaire, et l'utilisation généralisée d'armes nucléaires extrêmement puissantes de longue portée ne s'est pas produite ailleurs. La menace persiste d'une attaque nucléaire contre le Canada. » Évidemment, le Plan Vert pouvait rapidement être transformé en Plan Rouge mais, dans chaque cas, les lignes directrices de la réaction programmée du SMFC resteraient les mêmes. Le médecin-chef, désormais à la tête d'un service de santé unifié, tiendrait toujours ainsi les rênes du Centre de formation du SMFC et du Dépôt central de matériel médical n° 1, de manière à assigner le personnel et les ressources selon ce que commande la situation. Pour ce faire, il pourrait rejoindre le Quartier général alternatif du MDN, qui devra être situé à quelque distance des cibles potentielles nucléaires, comme Ottawa[71].

Plus bas dans la chaîne de commandement, « le médecin régional approprié procurera un soutien médical aux unités ou aux troupes engagées dans des opérations ou des tâches de défense du Canada », tandis que les unités médicales disponibles de la Force permanente incluraient la 3e Ambulance de campagne à Calgary, la 1re Section médicale aéroportée, également à Calgary, la 2e Section médicale aéroportée à Borden et la 3e Section médicale aéroportée à Valcartier. Les unités de la Réserve qui pourraient être appelées étaient la 5e Compagnie médicale à Charlottetown, la 13e Compagnie médicale à Owen Sound, et la 24e Compagnie médicale à Vancouver. Toutes seraient concentrées dans des stations de guerre sélectionnées par les officiers généraux commandants des commandements de zone. Un des rôles possibles de ces unités était la Survie nationale, les travaux de déblaiement suivant une attaque nucléaire, mais la planification pour de telles opérations était pessimiste. Quelques hypothèses : « un logement convenable pour le per-

70. ANC, RG 24, Acc 83-84/167, boîte 7823, MGen K. A. Hunter, SG, to E. J. Young, Civil Defence Health Services DHW, 19 Oct 59 ; G. D. W. Cameron, DM National Health, to SG, 23 Jan 61 ; G. D. W. Cameron, DM National Health, to G. G. E. Steele, Sy Treasury Board, 3 Oct 62.

71. ANC, RG 24, 83-84/167, boîte 7826, 2-6110-3, The Canadian Forces Medical Service, Emergency Defence Plan, 1 Mar 63.

sonnel des soins médicaux ne sera généralement pas possible dans la périphérie urbaine des villes cibles », « un personnel du SMFC en nombre suffisant pour assurer le triage initial sur les sites de sauvetage ne sera pas disponible », « un personnel médical, des forces armées ou civil, pour permettre le déchargement et la réanimation de toutes les victimes lors de leur transport dans les hôpitaux civils d'accueil ne sera pas disponible », même « s'il existe assez de moyens de transport civils pour amener tous les patients des sites de sauvetage aux hôpitaux civils, si le transport est organisé et contrôlé ». Une autre hypothèse voulait que « la responsabilité du service au niveau de la Survie nationale consiste à assurer les premiers soins sur le site de sauvetage. Toutefois, à partir du moment où ce rôle peut inéluctablement être étendu en cas d'urgence, le SMFC doit être préparé à… donner un avis sur le triage d'évacuation et de sauvetage », et « trier les patients dont l'état est jugé sérieux et leur procurer des soins soutenus, jusqu'à ce qu'ils soient remis aux responsables des soins médicaux provinciaux. » D'autre part, « avec le concours des autorités médicales civiles, dans les lieux où les installations civiles sont inadéquates mais où se trouvent des installations fixes du SMFC », « des soins médicaux temporaires en attendant des soins civils devaient être assurés[72] ».

Bien plus, le Plan de défense d'urgence énumérait une liste de plus en plus longue de possibles catastrophes. Par exemple, « le SMFC doit être préparé à s'arranger sans les installations du ministère des Anciens Combattants, parce qu'elles seront probablement soumises à la destruction ou à des retombées radioactives », et « les installations du SMFC peuvent être sollicitées pour accueillir des victimes du littoral maritime atlantique, en raison des retombées radioactives sur le littoral maritime des États-Unis ». Moins catastrophique : « le ministère de la Santé nationale et du Bien-Être social peut demander au MDN d'accepter des victimes civiles dans les installations du SMFC à la suite d'une attaque nucléaire contre le Canada. Si un tel engagement devait être pris, on considère que le ministère de la Santé nationale et du Bien-Être social fournirait le personnel médical ainsi que le matériel en plus de ce qui est actuellement disponible au MDN ». Dans le même ordre d'idées : « sachant que toutes les victimes d'une attaque nucléaire au Canada seront traitées de la même manière, qu'elles soient militaires ou civiles, les installations du SMFC ne feront pas face à un accroissement significatif du nombre des victimes du service du fait d'attaques nucléaires. Il peut, cependant, y avoir une grande augmentation des cas causés par les retombées radioactives. » Finalement, « dans les conditions créées par

72. ANC, RG 24, 83-84/167, boîte 7826, 2-6110-3, The Canadian Forces Medical Service, Emergency Defence Plan, 1 Mar 63.

une catastrophe, les personnes à charge des membres du service peuvent avoir besoin de soins médicaux... » Tout cela était plutôt accablant, bien qu'une note d'optimisme vint de la désignation de quinze installations censées se trouver hors des régions qui seraient probablement visées, les patients pouvant recevoir des soins médicaux à Comox, Chilliwack, Wainwright, Penhold, Shilo, Clinton, Borden, Petawawa, Trenton, Kingston, Saint-Jean, Valcartier, Gagetown, Summerside et Cornwallis, chacune disposant de cliniques regroupant entre 10 et 125 lits, pour un total de 725, pouvant atteindre 1325[73]. Pourtant, cela était très peu, étant donné le défi posé.

De tels plans n'étaient pas, non plus, acceptés sans discussion par tous ceux qui auraient à les appliquer. Le colonel M. Fitch, médecin régional pour l'Alberta, par exemple, insista sur le fait « qu'une planification détaillée devrait être mise au point au niveau régional plutôt que central. Aucun traitement de données, si important soit-il, voire des visites d'officiers du QGDN, ne peuvent remplacer la connaissance approfondie des conditions locales, que le médecin régional acquiert chaque jour dans ses fonctions... Soit que l'on accorde aux médecins régionaux une autorité totale sur tous les membres du SMFC dans leur région, soit alors l'idée même de régionalisation devrait être abandonnée. Pour le moment, l'autorité des médecins régionaux dépend de la région où ils se trouvent et des forces armées desquelles ils relèvent. En l'état actuel des choses, en cas d'urgence, chacun des trois éléments devrait reprendre le contrôle de sa propre composante médicale. Toutes les méthodes de supervision du temps de paix s'effondreraient par suite du manque d'autorité de la part du médecin régional. Nous faisons face à un véritable paradoxe quand on sait que la principale fonction du Service est de préparer pour la guerre[74]. »

Le médecin régional pour la région du Pacifique fit écho à son collègue, suggérant ainsi « qu'une approche plus réaliste du problème aurait été de demander à chaque médecin régional de soumettre un plan de défense pour les cas d'urgence dans sa région, quitte à ce que, par la suite, les différents plans soient fondus en un ensemble harmonieux par l'équipe du médecin-chef ». Dans son cas, le plan semblait ne pas prendre en considération la topographie de la Colombie-Britannique, et pire, à ses yeux, il « faisait seulement semblant de s'intéresser au Service médical des Forces canadiennes et est, principalement, un plan pour la disposition et le déploiement de l'ancien Corps médical Royal

73. ANC, RG 24, 83-84/167, boîte 7826, 2-6110-3, The Canadian Forces Medical Service, Emergency Defence Plan, 1 Mar 63.
74. ANC, RG 24, 83-84/167, boîte 7826, 2-6110-3, Col M. Fitch, Regional Surg Alberta Med Region, to SG, 7 Jun 63.

canadien, en utilisant les effectifs qui n'existent plus dans cette région au cours des deux dernières années. » Il nota également que 95 pour cent de toute la force de réserve médicale dans la province se trouvait à ou près de Vancouver ou Victoria, toutes deux cibles probables d'armes nucléaires[75]. Trois ans plus tard, en 1966, le médecin capitaine J. W. Rogers, médecin régional pour la région du Pacifique, nota que le plan de défense, comme il se présentait alors, demandait l'évacuation de l'hôpital des Forces canadiennes d'Esquimalt vers Comox et, tout en soulignant que ce dernier était considéré comme un objectif primaire d'une frappe nucléaire (il a été considéré sans risques en 1963), proposa une solution. « Il est entendu que l'hôpital indien à Nanaimo, censé disposer de 100 lits, est sur le point d'être abandonné par le ministère de la Santé nationale et du Bien-Être social pour être remis au ministère de la Défense nationale », créant ainsi une alternative à Comox[76].

Les Forces canadiennes en Europe et la MRC dans l'Atlantique Nord devaient s'occuper d'une foule de détails semblables, en intégrant leurs plans avec ceux de l'OTAN. En mars 1963, comme nous l'avons vu en ce qui touche la défense territoriale, le SMFC a émis son plan de défense en cas d'urgence, bien que le seul commentaire fait en rapport avec la 1re Division aérienne en Europe ait été que « les dispositions médicales existantes resteront en vigueur ». Pour la MRC, « le personnel sera immédiatement disponible pour élever la composante médicale de tous les navires au rang d'effectifs opérationnels dans une situation d'urgence... Une réserve de six mois de matériel médical pour tous les navires sera maintenue et sera disponible à bref délai en cas d'urgence... des dispositions seront prises pour un soutien médical prompt et approprié aux opérations de la MRC, et pour l'accueil et la disposition de toutes les victimes amenées à terre. Là où cela sera nécessaire, et conjointement avec les autorités médicales civiles locales, des installations médicales additionnelles en plus de celles qui doivent être agrandies... seront mises en place[77]. »

En ce qui concerne l'Armée en Europe, tout comme en Corée, on croyait que l'épine dorsale des opérations du service médical serait l'ambulance de campagne, la numéro 27 ayant été créée le 5 mai 1951, le recrutement s'étalant jusqu'en juillet et au-delà. Plus tard, en septembre, la nouvelle désignation de l'unité fut la 79e Ambulance de campagne (plus tard, 4e Ambulance), et elle était chargée de soutenir ce qui devien-

75. ANC, RG 24, 83-84/167, boîte 7826, 2-6110-3, Regional Surg Pacific Med Region to SG, nd.
76. ANC, RG 24, 83-84/167, boîte 7826, 2-6110-3, Surg Capt J. W. Rogers, Reg Surg Pacific, to SG, 13 Oct 66.
77. ANC, RG 24, 83-84/167, boîte 7826, 2-6110-3, The Canadian Forces Medical Service, Emergency Defence Plan, 1 Mar 63.

L'ambulance de campagne en Allemagne, faisant partie de l'exercice *Spearhead II*, août 1952. ANC, PA 140127.

dra le 4e Groupe-Brigade d'Infanterie canadienne ou 4e GBIC[78]. Pas plus tard qu'en 1963, toutefois, les estimations de victimes sur le théâtre européen étaient « basées essentiellement sur les taux de la Deuxième Guerre mondiale, établis par les Britanniques. » Que ces derniers aient tenu compte de la crise des renforts de la fin de 1944, lorsqu'on trouva que ces taux étaient très imprécis, demeure assez incertain. Toutefois, à partir du moment où l'Armée en Europe serait déployée sur les lignes de communication britanniques, l'engagement du SMFC était limité à assurer « des services médicaux complets au sein de la 1re Division d'infanterie canadienne », « procurer des lits d'hôpital pour une Division de trois Groupes-Brigades d'Infanterie », « évacuer des patients du champ de bataille vers les hôpitaux généraux canadiens », et « distribuer des fournitures médicales aux Forces canadiennes[79] ».

De concert avec ces préparations, cependant, allait la sombre prédiction que « sur 28 000 membres de la force canadienne, 24 pour cent seraient blessés », ou 6720, selon une estimation du CAORE (Canadian Army Operational Research Establishment). Il n'y aura pas d'évacuation du théâtre d'opérations durant les 30 premiers jours… Des 6720 victimes, 20 pour cent seront des cas mineurs, qui peuvent être traités pour reprendre leur service ; 20 autres pour cent seront logés dans des camps de renforts mis en place par CANLOG [une organisation canadienne de logistique] ; et 10 pour cent seront des cas en attente, qui ne seront probablement pas hospitalisés. » Cela laissait 3400 patients à hospitaliser, bien que pas tous à la fois, de là le besoin d'un hôpital de 1800 lits[80].

78. ANC, RG 24, v.18,389, 27 Cdn Fd Amb, 5 May 51 ; Jul 51, Appx 29 ; 79 Cdn Fd Amb, Sep 51, Appx 1.
79. ANC, RG 24, 83-84/167, boîte 7826, 2-6110-3, The Canadian Forces Medical Service, Emergency Defence Plan, 1 Mar 63.
80. *Ibid.*

En juin, toutefois, le quartier général des Forces alliées de l'Europe centrale (AFCE) donna des directives différentes. « Dans le cas d'une guerre nucléaire n'impliquant pas l'utilisation par l'ennemi d'armes nucléaires dans un dessein de "terreur", les forces terrestres dans la zone de combat peuvent avoir un nombre de victimes atteignant 30 à 35 pour cent de leurs effectifs lors de l'effort nucléaire initial de l'ennemi, qui peut intervenir en un très court laps de temps. L'évolution du nombre des victimes au cours des jours suivants ne peut être prévue... On peut tout simplement s'attendre à une diminution rapide des taux, bien que le nombre global des victimes puisse atteindre 50 pour cent en dix à quinze jours. » Pour ce qui est des combats conventionnels, on croyait qu'une première phase se solderait par dix pour cent de victimes en quinze jours, suivie par une deuxième période similaire avec des pertes de six pour cent. Une étude du CAORE indiqua que « la moyenne du nombre des victimes qui peut être atteinte en une trentaine d'heures dans le cadre d'un combat nucléaire défensif dans le NO de l'Europe sera approximativement de 25 pour cent (nucléaire) et six pour cent (conventionnel). Des victimes du nucléaire, 70 pour cent finiront par mourir, 40 pour cent d'entre eux dans les six heures ou presque après avoir été exposés aux radiations. » En additionnant les différents chiffres et en les comparant les uns aux autres, on aboutit à la conclusion qu'il fallait de 900 à 1000 lits d'hôpital pour les forces terrestres canadiennes[81], des chiffres inférieurs aux 1 800 lits, qui représentaient les estimations du SMFC.

Une autre source d'information était le Grand Quartier général des Puissances alliées en Europe (Supreme Headquarters Allied Powers Europe – SHAPE), qui procura des estimations de planification pour les 30 premiers jours d'un conflit généralisé, dont les 15 premiers verraient l'utilisation d'armes nucléaires. « Une évaluation médicale informelle des implications de ces estimations de victimes en relation avec le 4e GBIC donne à penser que la 4e Ambulance de campagne, de même que le 1er Hôpital général canadien, pourraient donner des soins raisonnables dans des conditions d'urgence pareilles, à condition que nous puissions compter sur l'utilisation des installations britanniques PEB et CAM », autrement dit le Poste d'évacuation des blessés et la Colonne d'ambulances motorisées. De plus, la Brigade comptait sur « deux plutôt qu'une équipe chirurgicale de campagne canadienne ». Cependant, bien « qu'un accord avec les estimations de l'OTAN sur le taux de victimes soit recommandé », c'était « reconnaître, dans le même temps, que nous pouvons être incapables de gérer adéquatement de la situation si celle-ci se pose[82]. »

81. ANC, RG 24, 83 84/167, boîte 7827, 2-6110-6, Extract from HQTS 2-6035-1/3 (DSG (A)), 21 Jun 63.
82. ANC, RG 24, 83 84/167, boîte 7827, 2-6110-6, Brig P. S. Cooper, for AG, to DGPO, 25 Jun 63.

Pendant ce temps, les sources américaines avancèrent des taux qui, pour la Brigade canadienne, signifiaient des pertes de 400 ou plus pour une bataille de 5 jours, « à condition que les ressources médicales de Division et le soutien arrière aient une flexibilité leur permettant de faire face aux périodes de pointe ». Sans évacuation, néanmoins, le nombre des patients malades atteindrait environ 230, ce qui signifiait qu'une moyenne de 200 lits serait nécessaire, pour les blessés, 6 à 8 heures après le début du transport du champ de bataille, en plus de 120 lits disponibles en soutien. « En supposant que la majorité des pertes hors combat pourraient être évacuée avant la bataille, et qu'une aide de l'arrière serait disponible pour satisfaire les demandes lorsqu'elles seraient à leur niveau maximal, une aide médicale adéquate pour une Division capable de se déployer initialement de manière indépendante et de se battre assez loin de sa base doit comprendre quelque 300 lits et une capacité chirurgicale de 40 opérations majeures par jour… Afin de pouvoir fournir aux brigades un soutien médical adéquat pour les opérations indépendantes, l'hôpital de campagne doit être en mesure de se subdiviser en sous-unités de 100 lits chacune. En plus, chaque Brigade a besoin d'une section d'évacuation et de quatre sections d'ambulance[83]. » Étant donné un pareil défi, la mise en garde qui veut que « les médecins doivent prendre soin de ne pas surexploiter le système logistique » ne serait sans doute pas entendue. En fait, un membre de l'équipe du médecin-chef nota dans la marge d'un article dans lequel parut la recommandation qu'il « serait absurde d'insister parce que cela rendrait les médecins inefficaces[84] ».

L'ARC, elle aussi, avait une importante présence en Europe, et bien que, comme nous l'avons vu, c'était à peine mentionné dans les documents de planification de 1963, le tir fut rectifié dans les années suivantes. En octobre 1966, par exemple, le colonel d'aviation I. H. Barclay, médecin régional outre-mer, rapporta qu'il avait pris part à une réunion au cours de laquelle la décision fut prise que, sur requête transmise par la 4e Force aérienne tactique Alliée, « la Région centrale allemande prendra des dispositions sur des sites pour le déploiement de nos hôpitaux de campagne. Nous aurons deux sites pour chacun d'eux, car nous n'avons pas de tente. L'un pour des exercices et l'autre réel… Les Allemands disposent de 82 000 lits d'hôpital de réserve, qui deviendront opérationnels à J plus 6 », soit six jours après le déclenchement d'une guerre, appelé Jour J. « Nous aurons des cartes… des hôpitaux

83. ANC, RG 24, 83-84/167, boîte 7827, 2 6110-6, G/C/W. J. F. Young, for SG, to D Org, 21 Oct 63.

84. ANC, RG 24, Acc 83-84/167, boîte 7825, 2 6110-034/336, LCol W. A. Reed, for Army Member Can Joint Staff London, to SG, 31 Mar 60.

civils allemands, [qui] nous montreront là où nous pouvons aller derrière nos hôpitaux d'urgence… Nous avons visité le dépôt d'approvisionnement à Saint-Ingbert, où le matériel pour un Régiment hospitalier est stocké et aussi pour cinq trains hôpitaux… Il s'agit de la première approche positive faite à ce sujet aux Allemands par la 1re Division aérienne[85] », quinze ans environ après le déploiement de l'ARC sur les terrains d'aviation de l'OTAN.

La coordination avec les autres membres de l'OTAN s'opéra sur plusieurs niveaux. Un dossier aussi simple que la terminologie pouvait nécessiter l'intervention du Comité des directeurs du personnel, dont l'une des réunions en 1953 décida de demander au Comité médical interarmes d'utiliser des expressions telles que « dispensaire », « infirmerie », et « hôpital », afin d'aligner les services médicaux canadiens sur les formules administratives de l'OTAN[86]. Sur un niveau différent des opérations médicales, le général Alfred M. Gruenther, chef d'état-major de l'armée américaine, distribua un document en 1953 indiquant que le « SHAPE est très préoccupé par l'actuelle absence de défense concertée de l'OTAN contre les maladies épidémiques, et on estime qu'il est urgent de mettre au point des mesures correctives ». Qu'il s'agisse d'une épidémie naturelle ou de maladie provoquée artificiellement par l'ennemi, « la protection des forces de l'OTAN est un problème militaire. Ce problème peut être résolu, cependant, par les efforts conjugués couvrant toute la zone du Commandement allié en Europe, et nécessitant la coopération des autorités civiles. » Dans le but d'assurer une défense efficace, « on propose d'établir un système d'identification rapide et d'établissement de rapports, en vertu duquel tout déclenchement d'une maladie fera l'objet d'une enquête rapide, et l'organisme causal identifié ». La planification supposerait « la sélection d'un centre de recherche convenable dans chaque pays, le recrutement d'une équipe de chercheurs de chaque centre, et les moyens de les transporter par air ou par les moyens les plus rapides sur les lieux du déclenchement d'une maladie majeure. En coopération avec les autorités locales, cette équipe rassemblerait les spécimens nécessaires pour établir un diagnostic et retourner à son laboratoire pour compléter ses études. Le résultat de ses recherches serait communiqué immédiatement aux responsables de la santé publique et de la Défense nationale et, donc, au SHAPE[87]. » Tout cela apportait de l'eau au moulin.

85. ANC, RG 24, 83-84/167, boîte 7826, 2-6110-3, G/C-1-H. Barclay, Reg Surg, to Air Div, 11 Oct 60.
86. ANC, RG 24, 83-84/167, boîte 7718, 20-1-1, pt 5, Extract from the Minutes of the 447th Meeting of the Personnel Members Committee, 17 Dec 53.
87. ANC, RG 24, 83-84/167, boîte 7718, 20-1-1, pt 5, Gen Alfred M. Gruenther, US Army, Chief of Staff, to Distribution, 5 May 53.

Au Canada, les directives générales pour les opérations médicales militaires vinrent du Centre mixte de formation médicale, qui émit son premier « Gen » ou Instruction générale, en 1957, donnant ainsi un excellent cliché instantané du rôle du SMFC au plus fort de la Guerre froide. « La médecine militaire était définie naguère comme "l'application de solides principes médicaux apportés à la prévention et à la gestion des blessures et des maladies, dans les conditions imposées par la guerre". Chaque commandant militaire, de Moïse à Montgomery, s'est rendu compte que, pour continuer à avoir une force capable d'atteindre ses objectifs militaires, il devait garder ses hommes en bonne santé et en forme. Toutefois, cette définition n'est plus correcte et doit à présent inclure le mot "paix" aussi bien que celui de "guerre". » Avant la Deuxième Guerre mondiale, la médecine militaire du temps de paix avait été une médecine civile. Depuis lors, « les exigences militaires médicales en soutien à l'autorité civile, en plus des exigences qui ne cessent d'augmenter pour un soutien médical à la contribution du Canada aux engagements internationaux, ont considérablement élargi l'aspect de la médecine militaire en temps de paix. Le médecin militaire du service doit être préparé à assurer des soins médicaux aux forces armées du Canada partout dans le monde, et la rapidité du voyage moderne a nettement accru le nombre des entités morbides[88]... »

D'autre part, bien que les décès dans les hôpitaux aient diminué de 20 pour cent pendant la Guerre de Crimée à 10–12 pour cent pendant la Deuxième Guerre mondiale puis à 2–4 pour cent en Corée, il restait que « trop de décès se produisent avant l'arrivée à l'hôpital et cela reste un problème. Il y avait un ratio relativement constant d'un tué en action pour trois blessés. Le "tué en action" inclut les décès immédiats et ceux qui meurent avant d'atteindre les installations médicales. Beaucoup de ces derniers auraient pu être sauvés par des premiers soins et une évacuation plus efficace. Des changements très sensibles dans la façon de conduire une guerre ont créé des problèmes plus complexes, qui nécessitent le développement de nouvelles approches à ces problèmes. On estime que, dans une future guerre, 70 pour cent des victimes d'armes atomiques seront atteintes aux extrémités des membres ou auront des brûlures thermiques. À cela doit être ajoutée la menace permanente des effets des irradiations[89]. » La conclusion évidente était que le temps de se préparer à la guerre était quand le pays était en paix.

Avec de telles demandes à l'avant-plan, les branches médicales — et, plus tard, le service médical mixte — devaient toujours se rappeler qu'elles faisaient partie d'une profession ayant sa propre doctrine, où le

88. ANC, MG 31, I7, v.2, Military Medicine, Medical Joint Training Centre, Gen 1, 23 Oct 57.
89. *Ibid.*

patient jouissait de certains droits. Comme le colonel d'aviation H. A. McLearn, juge avocat général adjoint, le raconta en 1954, « on a récemment attiré mon attention sur une situation dans laquelle l'officier commandant d'une unité de l'ARC a demandé à voir le dossier médical d'un aviateur sous son commandement. Le médecin militaire de l'unité refusa de satisfaire cette demande, sur quoi l'officier commandant renvoya l'affaire au commandant de l'aviation. » Selon les Ordonnances et règlements royaux (Air), article 34.01, la responsabilité primaire d'un médecin militaire consistait à agir comme un agent fonctionnel de son commandant. « Comme conséquence, les actions d'un médecin militaire, quand il agit dans le cadre de son emploi et de ses fonctions, deviennent les actions de son officier commandant. De ce fait, il est juste qu'un officier commandant soit autorisé à consulter les dossiers médicaux de tous les officiers et les hommes sous son commandement. » Naturellement, « eu regard à la nature confidentielle des dossiers médicaux, seules les personnes autorisées... devraient y avoir accès. La transmission de ces documents devrait toujours s'effectuer sous une couverture confidentielle[90]. »

Il n'en reste pas moins que, pour McLean, « si le médecin militaire concerné par la situation décrite ci-dessus avait connu la nature de sa relation avec son officier commandant, la difficulté n'aurait jamais surgi. D'un autre côté, il peut y avoir des cas où le médecin militaire décide qu'un certain document médical devrait être retenu. Si ce cas devait se présenter, j'estime qu'un officier commandant devrait examiner sérieusement s'il doit donner l'ordre à cet officier de présenter le document. Si le médecin militaire affirme qu'il a une très bonne raison, dans un cas particulier, de retenir l'information et de ne pas la communiquer à son officier commandant, l'officier commandant serait bien avisé de consulter une autorité supérieure[91]. » Ainsi, l'ARC, du moins jusqu'à un certain point, avait à composer avec les principes médicaux civils. Le Comité médical interarmes, formé exclusivement de médecins en uniformes, convint que tel devrait être le cas, et conclut qu'une « telle procédure met en péril le fondement même de la relation entre le médecin et le patient et conduirait à une perte de confiance de la part du patient ». Il suggéra que l'officier commandant n'ait accès qu'à un résumé de l'état du patient et que la question soit renvoyée à une autorité médicale supérieure, s'il n'était pas satisfait du rapport présenté par son médecin militaire[92]. Dans une rare initiative, le Comité des

90. ANC, RG 24, 83-84/167, boîte 7718, 20-1-1, pt 6, G/C H.A. McLearn, Dy JAG, to DMS (Air), 30 Apr 54.
91. *Ibid.*
92. ANC, RG 24, 83-84/167, boîte 7718, 20-1-1, pt 6, Brig K.A. Hunter, Chair ISMC, to PMC, 19 Jul 54.

directeurs du personnel exprima son désaccord, insistant sur le fait que « l'autorité des officiers commandants doit être préservée[93] ». Toutefois, en ce qui concerne les dossiers médicaux des personnes à charge, le Comité des directeurs du personnel était d'accord avec le Comité médical interarmes qu'un résumé du médecin militaire était tout ce que l'officier commandant pourrait exiger[94].

Traiter de questions aussi diverses que la mobilisation, le renseignement, l'éthique et les opérations (militaires et médicales) était une affaire plutôt compliquée au sein du Service et des Branches médicales. Bien que l'on risque de se répéter, il est nécessaire de mentionner qu'au sein du Quartier général de la Défense nationale, à part le Comité médical interarmes et le Comité des directeurs du personnel, fut également constitué, en 1953, le Conseil de santé des Forces canadiennes, chargé de conseiller le ministre sur tous les aspects de la politique médicale. Il comprenait J. A. MacFarlane (Université de Toronto), G. E. Hall (Université Western-Ontario), W. C. Mackenzie (Université de l'Alberta) et Mathieu Samson (Université Laval), ainsi que le directeur général médical pour la MRC, le directeur général du service de santé pour l'armée, et le directeur général du service de santé pour l'ARC. (Comme nous l'avons vu, ces trois derniers furent fusionnés dans le poste de médecin-chef le 15 janvier 1959[95].) En 1966, la chaîne de commandement passait par le médecin-chef, vers le chef du personnel, puis le chef d'état-major de la Défense, jusqu'au Conseil de la Défense ; le médecin-chef avait aussi des liaisons de coopération avec les chefs d'autres branches, comme le chef des services techniques, et le contrôleur général[96].

Hors du quartier général proprement dit se trouvaient des officiers de liaison dans des capitales étrangères telles que Londres ou Washington. Un bon exemple du genre de travail qu'ils faisaient était un rapport du Lieutenant-colonel A. M. Davidson de janvier 1963, subdivisé en des parties comme « Progrès dans l'étude et le développement des méthodes de combat », « Entraînement », « Standardisation du matériel » et « Autres sujets d'intérêt », le tout comprenant 40 thèmes[97]. Ces officiers s'occupaient souvent de demandes de renseignements du quartier général, comme une de l'Institut de médecine aéronautique (ou

93. ANC, RG 24, 83-84/167, boîte 7718, 20-1-1, pt 6, Extracts from the Minutes of 474th Meeting of the Personnel Members Ctee.
94. ANC, RG 24, 83-84/167, boîte 7718, 20-1-1, pt 7, Extract from Minutes of the 538th Meeting of the Personnel Members Committee, 1 Dec 55.
95. ANC, RG 24, 83-84/167, boîte 7718, 20-1-1, pt 5, AVM F. G. Watt, Chair PMC, to Chair Cdn Joint Staff (London), 30 Jul 53.
96. ANC, RG 24, 83/84-167, boîte 7789, 2-6030-110/MT-1, pt 7, 30th Meeting CFMC, 20 Jan 66.
97. ANC, RG 24, v 20,875, CSC 9-11, Col A. M. Davidson, Cdn Liaison Officer, to Distribution, 25 Jan 63.

IMA) pour « information sur le composé organique connu sous le nom de nitrate isopropylique, le produit de dégradation dans différentes conditions thermiques, le dégagement de chaleur ou l'absorption durant de telles réactions, sa réactivité connue et sa réaction avec d'autres composés organiques ou inorganiques ». En échange, il transmit des demandes des États-Unis, dont une de la United States Air Force (USAF, l'Aviation américaine) « pour emprunter l'inhalateur d'oxygène d'application rapide de l'IMA et le dispositif de flottaison. Ces articles avaient été vus par des observateurs de l'USAF, qui ont assisté à la réunion à Toronto du comité *ad hoc* sur l'équipement des équipages d'aéronef. La demande pour emprunter ces articles a été présentée à des fins d'étude et d'évaluation[98]. »

Aux questions organisationnelles (internationales) pouvaient être ajoutées des questions organisationnelles (locales), ce qui, dans le contexte militaire signifiait traiter avec des unités individuelles. Ainsi, en 1960, le lieutenant-colonel M. Fitch, médecin militaire pour la région militaire du Québec, annonça que les « récentes discussions concernant la participation de la 3e Section médicale aéroportée aux exercices sur la Défense du Canada ont mis en relief le besoin de réévaluer l'organisation, l'entraînement et l'emploi de cette unité. L'état-major général du QG Québec a sollicité une évaluation réaliste de l'unité sur la base de son organisation actuelle. Il est souligné que, en date du 30 novembre 1960, l'unité n'a pas de médecin militaire, dispose de 56 pour cent de ses effectifs autorisés, et n'a pas de tableau d'équipement officiel. Son entraînement est extrêmement limité par ces déficiences[99]. » Le brigadier G. L. Morgan Smith, le médecin-chef adjoint, a expliqué que « lors de la réorganisation des éléments aéroportés de l'armée canadienne, trois ou quatre ans plus tôt, le peloton de soins médicaux aéroporté fut divisé en trois sections. À la différence de l'infanterie, où une compagnie du bataillon suivait un entraînement de parachutisme, ces sections étaient constituées en unités individuelles. » Elles ne se sont pas clairement développées comme telles, sachant que « c'est la proposition du médecin-chef de recommander la dissolution des sections aéroportées, dont les membres doivent être incorporés dans chacune des ambulances de campagne auxquelles ils sont attachés. Une section sera nommée section parachutiste, de la même manière que les compagnies d'infanterie dans les trois bataillons d'infanterie[100]. »

Si la division des groupes médicaux échoua en tant qu'expérience organisationnelle, on ne s'en est pas mieux tiré, dans certains cas, en

98. ANC, RG 24, v 20,875, CSC 9-11, Brig R. L. Purves, for Chair COS, to Distribution, 21 Oct 63.
99. ANC, RG 24, Acc 83-84/167, boîte 7825, pt 1, 6100-1, Lt Col M. Fitch, Quebec Command MO, to SG, 19 Dec 60.
100. ANC, RG 24, 83-84/167, boîte 7825, 6100-1, pt 1, Brig G. L. Morgan Smith, Dy SG (Adm), to DMO&P, 14 Mar 61.

essayant de les intégrer dans des unités plus grandes. En 1964, un Bataillon des services de Brigade expérimental (Bn SBE) a été formé pour examiner la possibilité d'accroître l'efficacité en centralisant certains éléments administratifs et logistiques. Le résultat, bien sûr, fut que l'unité médicale intégrée perdit le contrôle de choses telles que les commis et les véhicules, et une augmentation globale de l'efficacité ne réussit pas à compenser ces pertes. Le bataillon, de ce fait, « était incapable de garder et de traiter les victimes, même en petit nombre comme lors des essais. À moins que nous soyons préparés à accepter un taux de mortalité plus élevé et être très peu exigeants sur les normes médicales, le personnel, l'équipement et les véhicules de l'organisation étaient inadéquats. » Par exemple, « l'emplacement opérationnel de l'ambulance et des postes de triage ne cadre pas toujours avec les secteurs alloués par le Bn SBE. » Dans le même ordre d'idées, « en raison du fait que l'ambulance et les bureaux des sorties dépendent entièrement de la configuration administrative du Bn SBE, ils ont perdu leur flexibilité, et ne sont, ainsi, pas en mesure d'opérer de manière indépendante ». Sur quoi, le brigadier J. S. McCannel, médecin-chef adjoint (administration), a recommandé qu'un soutien médical soit assuré par une unité indépendante[101]. Le médecin-chef et le directeur du service des plans du personnel donnèrent, tous deux, leur accord.

On ne peut, bien entendu, se pencher sur les questions d'organisation sans examiner une institution telle que l'hôpital, qui est devenu le principal centre d'intérêt pour les soins de santé dans le monde industrialisé de l'après-guerre. Étant donné les pénuries de personnel (qui seront traitées avec plus de détail dans le prochain chapitre), et une politique qui cherchait à s'assurer, après la formation d'un seul service médical, qu'aucune des trois forces armées ne domine dans aucun des hôpitaux destinés à être interarmées, l'organisation des praticiens pour ces installations pouvait être problématique. Comme le brigadier K. A. Hunter, président de la Commission médicale interarmes (CMI), l'expliqua en 1958, lorsqu'il s'est agi de l'affectation d'infirmières, « on a pris en compte la nécessité de garder le mouvement du personnel à son minimum, en harmonie avec la formation professionnelle et les vacances d'effectifs[102] ».

Préserver le cachet interarmées d'un hôpital nécessitait plus qu'un petit effort, et « la Commission médicale interarmes estima que, pour favoriser le concept interarmées, chaque hôpital devait avoir six postes d'infirmières junior occupés par des membres des deux autres éléments,

101. ANC, RG 24, 83-84/167, boîte 7825, 6100-1, pt 1, Brig J. S. McCannel, DSG(A), to DGOR, 13 Nov 64.
102. ANC, RG 24, 83-84/167, boîte 7718, 20-1-1, pt 11, Brig K. A. Hunter, Chair JSMB, to Sec PMC, 7 Mar 58.

sur la base de trois de chaque (par ex. l'hôpital Rockliffe du MDN aurait trois postes d'infirmières officiers de l'armée et de la marine, du grade de lt avn [lieutenant d'aviation] ou son équivalent). » Le plan fonctionnerait « selon le principe qui veut que chaque élément fournisse six infirmières du grade de lt avn ou son équivalent pour des services mutuels dans les trois hôpitaux interarmées[103] ». Pour ce qui est des professionnels, dix pour cent environ de leurs postes devraient être réservés à la permutation, la Commission médicale interarmes insistant sur le fait que « la dotation en personnel des hôpitaux du MDN est un engagement prioritaire, et tous les efforts nécessaires seront déployés pour que chaque hôpital soit pourvu en effectifs de manière complète et appropriée ». Cela étant dit, « chaque élément sera responsable de pourvoir les effectifs d'un hôpital du MDN de la manière suivante », la MRC à Halifax, l'Armée à Kingston et l'ARC à Rockliffe[104].

Rendre ces institutions physiquement aptes aux tâches de traitement et d'éducation qu'elles étaient censées accomplir, constituait un défi en soi. En 1960, par exemple, le médecin-chef raconta comment lui-même et son équipe étaient « profondément préoccupés par le manque de progrès dans la construction d'hôpitaux, particulièrement dans des endroits comme Gagetown, Valcartier, Petawawa, Churchill, ainsi que par la rénovation de l'hôpital des Forces canadiennes à Halifax. Les hôpitaux à Valcartier et Petawawa, en particulier, étaient dans un état singulièrement déplorable, se trouvant dans des baraquements temporaires de guerre dans un piètre état. Au cours des deux dernières années, toutes les tentatives d'obtenir des fonds pour la construction d'hôpitaux n'ont pas dépassé le stade du Comité des besoins des hôpitaux. » Le Conseil médical des Forces canadiennes (CMFC), à son tour, exprima sa « sérieuse préoccupation », notant que « le ministère de la Défense nationale dépense de grandes sommes pour la construction de casernes, de logements familiaux et de bâtiments administratifs dans les installations de la défense. [Le CMFC] n'arrive pas à comprendre la mentalité qui, au sein du ministère, permet de prendre soin des malades dans des baraques temporaires de guerre qui n'étaient pas destinées à l'origine à des fins hospitalières[105]. »

Un petit pas vers une solution était de remplacer le Comité des besoins des hôpitaux, qui avait déjà tranché dans des conflits surgis entre les trois armes au sujet de la construction de l'hôpital, par un Comité d'étude de la construction, chargé de superviser la construction

103. *Ibid.*
104. ANC, RG 24, 83-84/167, boîte 7718, 20-1-1, pt 11, Capt W. A. Walsh, Sec ISMB, to Sec PMC, 7 May 58.
105. ANC, RG 24, 83-84/167, boîte 7789, 2-6030-110/MH-1, pt 7, Minutes 21st Meeting CFMC, 12 Dec 60.

de l'hôpital, en tant qu'ensemble. Vers la fin de 1961, neuf projets devaient être supervisés, dont l'un était l'hôpital de Goose Bay, qui « posait un problème découlant du fait que la population civile avait demandé la permission d'utiliser l'hôpital. Il est possible que le gouvernement de Terre-Neuve, avec le concours de la Mission Grenfell, puisse construire un hôpital à Happy Valley », de là dégageant la pression sur la Défense nationale. À Halifax, « une demande de rénovations et de travaux de réparation a été rejetée à plusieurs reprises », bien qu'il semblât que les organismes responsables « allaient procéder à un nouvel examen de la question ». Un plus grand optimisme était permis à Gagetown, étant donné « qu'une soumission est en cours de préparation pour un bâtiment médical approprié dans ce camp », alors qu'à Valcartier « l'approbation a été obtenue pour des espaces pour l'infirmerie et la clinique dentaire... Le début de la construction est prévu pour 1962. » Par contraste, les « effectifs de l'hôpital militaire de Montréal ont été réduits à néant. Une salle d'examen médical interarmées fonctionne, attenant au Centre hospitalier des vétérans du chemin de la Reine Marie. » D'autres installations comprenaient l'infirmerie de Petawawa, dont la construction a reçu l'approbation nécessaire, bien que la construction de l'infirmerie du camp Borden eût été retardée d'un an. Concernant l'hôpital militaire de Fort Churchill, « il est demandé depuis deux ans et est présentement au point mort. La province du Manitoba hésite à partager les coûts. Les négociations sont en cours. » Finalement, l'hôpital de la MRC NCSM *Naden* à Esquimalt fut évalué dans les termes simples suivants : « Ce bâtiment n'est pas approprié[106]. »

Vu ces difficultés touchant à la construction ou à la rénovation de certaines institutions, une possible solution serait de partager les installations avec des organismes civils, mais le SMFC n'était pas disposé à accueillir une telle proposition les bras ouverts. Comme le Conseil médical des Forces canadiennes l'expliqua en 1966, « l'entraînement des individus et des équipes du Service médical des Forces canadiennes pour le cas d'urgence d'une guerre avec un temps de réaction immédiat peut être réalisé seulement si les effectifs des hôpitaux du service sont constitués de médecins militaires, infirmières et techniciens. Pour ce faire, il est essentiel que le Service médical des Forces canadiennes réponde aux besoins du personnel du service dans un environnement militaire de paix. » D'autre part, « il est souhaitable, du point de vue de l'expérience professionnelle, des connaissances techniques, du défi et de la variété de la part du personnel du SMFC, et pour le moral et le bien-être des militaires, d'admettre des personnes à charge dans les hôpitaux et les

106. ANC, RG 24, 83-84/167, boîte 7789, 2-6030-110/M1-1, pt 7, Minutes 23rd Meeting CFMC, 11 Oct 61.

installations du service. Cela est déjà fait outre-mer et dans des régions isolées du Canada ; il est recommandé que les soins médicaux soient assurés aux personnes à charge dans des régions déterminées, dépendant des circonstances qui existent dans chaque cas particulier, avec la disposition restrictive que, là où les soins aux personnes à charge seront fournis, des installations appropriées et un personnel en nombre suffisant puissent garantir le fonctionnement satisfaisant de l'hôpital. » Le Conseil de santé des Forces canadiennes nota encore que « ni les ressources physiques ni humaines ne sont disponibles pour fournir des soins médicaux à toutes les personnes à charge. Dans certains cas, le SMFC ne peut pas faire fonctionner un hôpital de manière efficace sans l'adjonction d'une charge de travail civile pour les Rayons X, le laboratoire, et autres services ; par conséquent, il faudrait s'associer à un hôpital civil, quand cela est avantageux de le faire. Chaque installation devrait être étudiée en fonction de sa situation[107]. » Se préparer à la guerre en temps de paix, en assurant le traitement des membres des forces armées, restait prioritaire tout le reste étant secondaire.

Être prêt pour un conflit mondial n'était pas une tâche facile, la planification étant conduite en parallèle avec des tâches organisationnelles comme la mise sur pied d'un Service médical unique pour les Forces canadiennes. En effet, une période de guerre/pas guerre a contraint les commandants et les responsables des politiques à réfléchir dans deux directions différentes à la fois, une aptitude qui était peut-être au-delà du domaine des possibilités humaines. Pourtant, l'affaire ne laissait aucun autre choix, la direction politique élue du pays ayant décidé que la place du Canada dans le monde imposait de se préparer à l'éventualité d'une guerre avec l'Union soviétique, ses alliés et ses satellites sans, toutefois, perturber l'économie de la nation. « C'est la guerre » est, sans doute, une expression inappropriée dans ces circonstances, mais « C'est presque la guerre » pourrait bien refléter l'esprit de l'époque.

107. ANC, RG 24, 83-84/167, boîte 7789, 2-6030-110/M1-1, pt 7, 30e Meeting CFMC, 20 Jan 66.

Chapitre quatre

Gestion du personnel au début de la Guerre froide

La mobilisation décrite dans le chapitre précédent était manifestement incomplète, et seul un conflit total aurait pu braquer entièrement l'attention sur des questions de guerre. Même au cours de la Deuxième Guerre mondiale, époque où la société canadienne s'était de plus en plus centralisée, ou jamais depuis, les responsables des politiques devaient s'assurer de ne pas compromettre l'avenir de la nation. Ainsi en était-il, et même plus, pendant la Guerre froide. Le service médical devait jongler avec l'hypothèse d'une guerre prochaine tout en encourageant les praticiens médicaux professionnels civils à se joindre aux forces armées nationales.

Nous avons déjà vu comment, dans l'immédiat après-guerre, il était difficile d'attirer les médecins, la Guerre froide n'y avait rien changé. Ainsi, le brigadier K. A. Hunter mettait en garde la Commission médicale interarmes (CMI), en 1958 : « La situation du médecin militaire dans les forces armées a atteint un point critique. Les études effectuées par la CMI et le CMFC [Conseil médical des Forces canadiennes] montrent qu'il faut améliorer la situation. » Deux des membres du Conseil, J. A. MacFarlane, doyen de la faculté de médecine à l'Université de Toronto, et Edward Hall, ex-doyen de la même faculté de médecine, et président de l'Université Western-Ontario, ont milité activement pour des changements. « Les deux hommes ont indiqué que le plan proposé améliorera immédiatement le recrutement des étudiants en médecine », étant donné que « les démissions et retraits dépassent le recrutement », « l'enrôlement direct de médecins canadiens qualifiés n'a jamais représenté (en 1948-1958) un nombre substantiel de médecins militaires », « l'enrôlement direct en provenance du Royaume-Uni (RU) a fourni, à court terme un nombre substantiel de médecins mais ils n'y ont pas fait carrière », « l'approvisionnement en provenance du RU se

tarit », « la dépendance vis-à-vis du RU est psychologiquement erronée », et « le plan de subvention de 21 mois (en vigueur depuis 1952) ne permet plus de faire face au taux d'attrition des effectifs », le programme en question subventionnant les deux dernières années de l'école de médecine en échange d'un stage de service dans les Forces. Mais cela n'avait manifestement pas l'effet voulu. En août 1958, la MRC avait 53 médecins sur des effectifs prévus de 64, l'Armée 192 de 214 et l'ARC 166 de 192, avec des prévisions de recul à 51, 159 et 164 respectivement[1].

Le Conseil présenta quatre pages de propositions. L'une d'elles était « un plan de subvention de l'étudiant en médecine basé sur le Programme de formation des officiers — Force régulière », qui couvrait toute les années d'études. Une autre proposition consistait en « des perspectives d'emploi pour des médecins diplômés avec un statut de service à court terme... ». Le plan de subvention de 21 mois arrivait au début de la dernière année universitaire, ce qui était trop tard. « À ce moment-là, l'étudiant en médecine peut trouver d'autres moyens pour terminer l'ultime année du premier cycle », ce qui laissait bien peu de raisons de solliciter le soutien des forces armées. Le Conseil suggéra la mise en application d'un nouveau plan, « une subvention pour trois ans, neuf mois, comprenant une année d'internat obligatoire ». « Durant les premiers neuf mois suivant l'enrôlement, l'étudiant en médecine aurait le statut et la rémunération d'un élève-officier célibataire », puis « l'étudiant en médecine subventionné aura le statut et la rémunération d'un sous-lieutenant de l'armée (équivalent) ». « L'étudiant en médecine subventionné recevrait toute la formation militaire nécessaire au cours des deux périodes de vacances d'été précédant la fin de ses études universitaires. » Concernant sa carrière subséquente, le Conseil recommanda « que l'étudiant en médecine subventionné, dès obtention de sa licence, soit promu au grade de capitaine de l'armée (équivalent) et serve, durant les trois années subséquentes, dans le cadre d'un statut provisoire de brevet d'officier des Forces régulières ». En outre, « le passage à un statut de service permanent sera permis après dix-huit mois de travail à plein temps en tant que médecin militaire, et qu'un tel passage soit soumis à une stricte procédure de sélection contrôlée par la Commission médicale interarmes[2]. »

Tous n'étaient pas d'accord sur l'utilité potentielle du plan de 45 mois. Ainsi, le chef d'état-major de l'Aviation indiquait, lors d'une réunion du Conseil de la Défense en mai 1959, que « l'ARC n'a pas d'objection quant au nouveau plan, mais elle préférerait conserver un plan qui lui

1. ANC, RG 24, 83-84/167, boîte 7718, 20-1-1, pt 12, Brig K. A. Hunter, Chair JSMB, to Chair PMC, 20 Aug 58.
2. *Ibid.*

donnait des résultats satisfaisants », même si, comme nous l'avons vu, l'Aviation souffrait d'une pénurie de médecins. Malgré tout, « l'ARC a grande confiance en son organisation de recrutement pour trouver du personnel médical et pour offrir des périodes de service à court terme à du personnel médical venant du Royaume-Uni. L'Armée et la Marine font confiance à leurs services médicaux pour trouver du personnel médical, afin de compléter le plan de 21 mois. » Il désapprouvait le plan proposé relatif à la structure des grades, qui servirait plus à offrir une solde compétitive qu'à représenter les responsabilités du médecin militaire[3]. On décida alors de revoir le plan.

Une solution de rechange aurait été d'embaucher des médecins civils sous contrat, au moins pour quelques-uns des travaux effectués par les médecins militaires au sein des forces armées. Le Conseil du Trésor ayant demandé à la Défense nationale d'examiner cette question en août 1959, le vice-maréchal de l'air J. G. Kerr, chef du Comité des directeurs du personnel, proposa un rapport provisoire en octobre. « Depuis la fin de la Deuxième Guerre mondiale, on a recours aux praticiens médicaux civils pour faire face aux pénuries de médecins militaires et pour procurer des soins spécialisés là où aucun spécialiste du service n'était disponible. Plusieurs médecins civils sont employés, à présent, à temps partiel lorsqu'il n'y a pas suffisamment de travail pour occuper un médecin militaire du service à plein temps ou quand la charge de travail nécessite une aide médicale supplémentaire ou alors, dans des régions isolées où un apport complémentaire est requis. On fait appel à des spécialistes civils là où cela est dans l'intérêt des patients. La rémunération autorisée est de 18 $ la demi-journée pour les médecins généralistes et de 36 $ la demi-journée pour les spécialistes. » Bien qu'il fût possible d'embaucher des praticiens civils à temps partiel près des grandes agglomérations urbaines, « dans la plupart des cas, ils acceptent seulement un emploi de demi-journée pour quelques semaines d'affilée. Sachant que 77 pour cent des médecins pratiquants du Canada gagnent plus de 15 000 $ par année, et sachant que les praticiens civils plus expérimentés dont on aurait besoin dans le service gagnent bien plus que cela, ils ne sont pas disponibles pour un emploi à plein temps sur de longues périodes, c'est-à-dire deux à trois ans. » En conséquence, « la politique d'emploi des praticiens civils proposée dans la note du CT [Conseil du Trésor] résulterait en un changement d'effectifs très important et constant parmi les praticiens civils, dont une conséquence serait un traitement médical discontinu. » Ce tableau n'était pas particulièrement optimiste, et « du strict point de vue du service, les médecins civils

3. ANC, RG 24, 83-84/167, boîte 7719, 20-1-1, pt 14, Defence Council, Minute of the 93rd Meeting, 11 May 59.

employés par les services... sont très difficiles à engager... ne peuvent être transférés... refusent tout changement dans le genre et le lieu de l'emploi... bloquent un plan de rotation de l'emploi et la formation professionnelle pour les médecins militaires du service... ne peuvent être interchangés avec les médecins militaires du service, et sont ainsi de peu de valeur en cas d'urgence ou de guerre[4]. »

Les forces armées demandèrent tout de même de recruter des consultants au cas par cas. Par exemple, l'hôpital des Forces canadiennes à Kingston voulut engager le Dr Bruce Harold Young en octobre 1959. « Après avoir été diplômé de Queen's University en 1940, le Dr Young s'est enrôlé dans les Forces régulières de l'Armée canadienne, le 24 juin 1941, avec le grade de lieutenant, et servit jusqu'au 6 août 1946, lorsqu'il fut libéré, avec le grade de lieutenant-colonel, dans le Corps médical de l'Armée royale canadienne » (CMARC), selon un rapport de l'hôpital sur ses titres et qualités. « Il était considéré comme un spécialiste gradé, et employé en tant que tel de 1944 à 1946. » Par la suite, après la démobilisation, « il devint finalement le directeur médical de la Commission de la sécurité professionnelle et de l'assurance contre les accidents du travail, et servit au Centre de réadaptation, Malton, Ontario. Il enseignait également au Département de la santé au travail et de physiothérapie à l'Université de Toronto. » Plus tard, en 1951, « le Dr Young obtint sa certification en médecine physique et en réadaptation du Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada. Présentement, il travaille au Centre de réadaptation à Kingston et est consultant en physiatrie et en réadaptation à l'hôpital général de Kingston. » De ce fait, « en raison de ses antécédents militaires, de sa formation professionnelle et de sa disponibilité à Kingston, le Dr Young semble être un candidat idéal pour devenir consultant en médecine physique à l'hôpital des Forces canadiennes à Kingston[5]. » Il n'existe aucune trace d'une quelconque opposition.

Cependant, comme cela est relevé dans le rapport du vice-maréchal Kerr, de telles personnes pouvaient être embauchées uniquement à court terme et pour des tâches bien précises. Plutôt typique à cet égard était la lettre de regret du Dr E. H. Bensley adressée à J. A. MacFarlane, président du Conseil médical des Forces canadiennes. Il nota, d'abord, qu'un récent message « a attiré mon attention sur le fait que ma durée d'emploi en qualité de consultant en nutrition en mai 1957 était de trois ans. Il se peut, tout comme il ne se peut pas, que l'intention du Conseil médical soit de recommander que je sois reconduit en tant que

4. ANC, RG 24, 83-84/167, boîte 7719, 20-1-1, pt 16, AVM J. G. Kerr, Chair PMC, to DM, 19 Oct 59.
5. ANC, RG 24, 83-84/167, boîte 7789, 2-6030-110/M1-1, pt 7, Lcol for Col J. W. B. Barr, CO CF Hosp Kingston, to Col E. H. Ainslie, Office of the SG, 27 Oct 59.

consultant en nutrition pour un nouveau mandat. Si cela est bien le cas, je demande respectueusement que l'on annule cette nomination. Mon implication dans le travail nutritionnel a diminué progressivement au cours des dernières années, en raison de nouvelles tâches administratives et autres. C'est pourquoi je trouve qu'il est de plus en plus difficile de donner des avis professionnels détaillés sur ce genre de questions. Par exemple, en septembre dernier, le Commodore de l'air Corbet m'a demandé de l'aider à résoudre le problème de la consommation de fluide par les patients. Je n'ai pas de réponses à ses questions et je n'aurai pas l'occasion dans un avenir prévisible de collecter les informations souhaitées. J'ai considéré que c'était un honneur insigne d'avoir fait partie de votre Conseil de consultants, mais je me trouve actuellement dans une situation qui ne me permet pas de satisfaire les obligations claires et nettes du statut de membre[6]. » Les collègues étaient-ils aussi honnêtes ?

Pour le long terme et les besoins en général des forces armées, donc, la meilleure approche consistait en un plan de 45 mois ou en un programme très semblable. Pourtant, le médecin-chef dût déployer bien des efforts pour faire comprendre sa position au Comité des directeurs du personnel. Une salve, tirée en juillet 1959, comprenait des copies d'annonces parues dans *The Canadian Doctor*. « Il sera noté que les annonces du ministère des Anciens Combattants pour recruter un médecin militaire pour le service de traitement, hôpital Sunnybrook, indique que la rémunération sera comprise entre 8340 $ et 9420 $. Pour ce même genre d'emploi dans les forces armées, un officier du grade de chirurgien lieutenant, capitaine ou capitaine d'aviation, serait payé 7140 $ (marié), solde et indemnités, après trois ans de service. » Pour un major ou son équivalent, le salaire était de 8016 $ par année, passant à 8376 $ après trois ans de service. « Le fait que les Forces soient en compétition, non seulement avec le revenu potentiel des médecins pratiquants et des médecins employés par les branches de production et les gouvernements provinciaux, mais aussi avec la fonction publique fédérale est mis en relief par ces annonces paraissant dans le même numéro d'une publication médicale. On verra que le revenu du médecin militaire des Forces est à la traîne[7]. »

La réponse du Comité des directeurs du personnel ne fut guère encourageante. Il affirma que « les chefs des branches du personnel, dans leurs services respectifs, ne pourraient s'occuper des problèmes du ser-

6. ANC, RG 24, 83-84/167, boîte 7719, 20-1-1, pt 16, AVM J. G. Kerr, Chair PMC, to DM, 19 Oct 59.
7. ANC, RG 24, 83-84/167, boîte 7719, 20-1-1, pt 14, MGen K. A. Hunter, SG, to Chair PMC, 17 Jul 59.

vice de santé séparément des autres domaines professionnels[8]. » La réponse formulée en langage administratif laisse voir la colère du médecin-chef qui soulignait que le Comité médical interarmes avait soulevé la question en 1957. À l'époque, la solution proposée, le plan de 45 mois, « a été sommairement rejetée par le Comité des directeurs du personnel » et « dans l'intervalle, de 1957 à 1959, aucune action n'a été entreprise pour corriger les déficiences, toutefois apparentes. Pendant ce temps, le service de santé, comme prévu, a été confronté à un taux d'attrition accru et massif des effectifs de médecins militaires. » Le médecin-chef insista sur le fait que « les médecins militaires ne sont pas interchangeables avec d'autres officiers des Forces. Ils n'accomplissent pas les tâches des autres groupes professionnels militaires. Les autres officiers ne peuvent pas accomplir les tâches des médecins militaires. » C'est pourquoi « l'échec du maintien d'un cadre adéquat de médecins militaires provoquera l'effondrement total du service de santé ». Par ailleurs, le médecin-chef rappela « les pressions économiques de l'offre et de la demande[9] ».

Il était donc « essentiel que la paie et les allocations des médecins militaires soient alignées sur les revenus des médecins pratiquants, des médecins de la fonction publique du Dominion et des médecins salariés dans le civil... À moins que les recommandations minimales de notre soumission ne soient approuvées rapidement, le taux d'attrition continu suscité par les démissions de médecins militaires mettra sérieusement en danger le Service médical des Forces canadiennes à la fin de l'été 1960. Le Conseil de politique du médecin-chef ne peut prendre la responsabilité de ne pas soulever cette affaire très fermement au niveau le plus élevé. » « Notre proposition a recueilli le soutien total du Conseil médical des Forces canadiennes... Par suite de nos délibérations, cette question sera renvoyée au Conseil de la Défense pour examen et prise de décision[10]. »

Il a obtenu ce qu'il voulait et, au cours des derniers mois de 1959, sur 119 candidats, 50 prédiplômés ont été sélectionnés des universités à travers le pays, 10 pour la MRC et 20 pour l'ARC et d l'Armée[11]. En mai 1961, le ministre de la Défense D. S. Harkness avisait le Conseil du Trésor que 65 enrôlements seraient nécessaires pour l'année universitaire 1961-1962, 15 pour la MRC et 25 pour l'ARC et l'Armée, si les effectifs actuels des médecins militaires devaient être maintenus. L'estimation du coût pour le plan de 45 mois, par individu, était de

8. ANC, RG 24, 83-84/167, boîte 7719, 20-1-1, pt 14, PMC 20 Aug 59.
9. ANC, RG 24, 83-84/167, boîte 7719, 20-1-1, pt 14, SG, DSG(P), DSG(A), and DSG(P&E), to PMC, 24 Aug 59.
10. *Ibid.*
11. ANC, RG 24, 83-84/167, boîte 7719, 20-1-1, pt 18, Minister's Tri-service Information Book – 1960, The Canadian Forces Medical Service.

961 590 $[12]. En octobre 1961, les Forces canadiennes comptaient 391 médecins militaires, alors que les effectifs prévus s'élevaient à 461. (En fait, seulement 14 pour cent des médecins militaires du Service médical des Forces canadiennes étaient des spécialistes, comparé à 34 pour cent dans la société civile[13].) Il fallait régler le problème de l'année au cours de laquelle pouvait commencer l'octroi de subventions, le Conseil médical des Forces canadiennes notant à cet égard que « les pertes sont élevées au cours de la première année, et certains étudiants ne s'y connaissent pas suffisamment bien à ce moment-là. Le gouvernement de l'Ontario a déjà rejeté une proposition de subventionner dès la première année d'étude en estimant qu'elle n'était pas pratique. L'Association des facultés de médecine du Canada partage cette opinion. » Ainsi, l'octroi de subventions ne commencerait qu'avec la deuxième année des études médicales de premier cycle[14].

Bientôt, il devint évident que le plan de 45 mois était insuffisant. Le Conseil médical des Forces canadiennes réunit en 1965 remarqua que « les temps étant ce qu'ils sont, les jeunes diplômés paraissent plus intéressés par les avantages immédiats que par ceux à long terme ; et une prime... s'est avérée le moyen le plus efficace pour recruter des diplômés d'universités par certaines sociétés de génie civil. » Le Conseil, dans sa totalité, accepta la proposition, convenant par la suite de sonder le Conseil du Trésor pour admettre 75 étudiants en médecine pour l'année universitaire 1965-1966, 10 d'entre eux recevant une prime de 6000 $ pour un service à court terme de trois ans, plus un supplément de 4000 $ s'ils acceptaient ensuite un engagement permanent. « Il fut décidé, en outre, de repenser, à l'automne de 1965, la question des incitations financières du plan de 45 mois et la question des postes permanents à l'opposé des quotas annuels, au cas où aucun de ces plans n'obtiendrait le succès escompté[15]. »

Une année plus tard, les améliorations n'étaient pas visibles. Le Dr J. D. Hamilton indiqua au Conseil que « la pénurie actuelle de médecins va devenir bien plus aiguë au cours des dix prochaines années, et le ministère de la Défense nationale, aussi bien que les milieux civils, auront à composer avec ce problème. Le président [Dr G. E. Hall] était d'accord et a dit que les pressions augmenteront ; la préparation et la planification pour contrer ce fait inévitable devraient être entamées dès

12. ANC, RG 24, 83-84/167, boîte 7720, 20-1-1, pt 23, D. S. Harkness, Min ND, to TB, 16 May 61.
13. ANC, RG 24, 83-84/167, boîte 7789, 2-6030-110/M1-1, pt 7, 23e Meeting CFMC, 11 Oct 61.
14. ANC, RG 24, 83-84/167, boîte 7789, 2-6030-110/M1-1, pt 7, 26e Meeting CFMC, 26 Mar 63.
15. ANC, RG 24, 83-84/167, boîte 7789, 2-6030-110/M1-1, pt 7, 29e Meeting CFMC, 3 Mar 65.

maintenant. » Il est certain que les chiffres bruts n'étaient guère encourageants, un document relevant que, « sur un nombre approximatif de 30 médecins militaires qui se sont enrôlés dans le dernier plan de subvention de 21 mois en 1958, 19 ont été libérés durant l'été de 1965 ; et seulement 7 se sont portés candidats pour un poste permanent. Sur un total de 41 diplômés en médecine du plan de subvention de 45 mois de 1959, seuls 3 ont accepté un poste permanent ; sur un quota de 150 étudiants en médecine pour le plan de subvention de 45 mois de 1964 et 1965, seulement 84 ont été recrutés... L'incapacité de recruter suffisamment d'étudiants en médecine pour faire face aux exigences est désormais aggravée par les démissions et les demandes de libération anticipée, à un point tel que les Forces canadiennes seront bientôt incapables de respecter leurs engagements. » Parmi les remèdes suggérés : des promotions plus rapides aux niveaux juniors et une rémunération des médecins militaires égale à celle appliquée par les autres ministères[16].

Comme les années passaient, une autre solution de rechange vit le jour : il s'agissait du Plan de formation de la médecine militaire, qui « offrait la possibilité d'une subvention, pouvant atteindre cinq ans, de la formation des officiers de la Force régulière qui possédaient un minimum d'au moins deux ans d'expérience sur le terrain. L'objectif à long terme est de produire des spécialistes en médecine militaire, pour remplacer les médecins militaires du SMFC ayant servi durant la Deuxième Guerre mondiale ou la guerre de Corée. Présentement, 14 officiers de la Force régulière suivent une formation médicale du premier cycle dans le cadre du plan de formation de médecine militaire[17] », des chiffres qui affectaient peu l'ensemble des résultats.

Une autre possibilité consistait à embaucher des femmes. Cependant, en octobre 1959, le major-général K. A. Hunter, médecin-chef, rapporta « qu'actuellement, il y a seulement une femme médecin militaire au SMFC, mais on peut s'attendre à quelques candidatures du fait de l'entrée en vigueur du plan de 45 mois des Forces canadiennes pour la subvention des étudiants en médecine du premier cycle. » Le SMFC manquait d'officiers « pour s'occuper du travail de routine au niveau opérationnel, et comme approximativement 40 pour cent des médecins militaires du SMFC ont été embauchés à court terme, on estime qu'il y a une place au SMFC pour des médecins militaires femmes, également sur une base de court terme, pouvant aller jusqu'à cinq ans avec de possibles extensions si les circonstances l'exigeaient. » Toutefois, « on estime qu'il n'est pas pratique d'envisager l'emploi de médecins militaires femmes dans certaines conditions, c'est-à-dire... dans des unités où il n'existe

16. ANC, RG 24, 83-84/167, boîte 7789, 2-6030-110/M1-1, pt 7, 30e Meeting CFMC, 20 Jan 66.
17. ANC, RG 24, 83-84/167, boîte 7789, 2-6030-110/M1-1, pt 7, 31e Meeting CFMC, 25 Apr 68.

qu'un seul poste de médecin militaire, ou... dans des postes administratifs supérieurs[18] », sans en donner la raison.

Par ailleurs, « en raison des restrictions, il est impossible de proposer aux femmes officiers une occasion de carrière qui les amènera aux grades supérieurs. Cependant, en plus de la médecine générale, dans certains domaines la présence de femmes serait avantageuse ; par exemple la pédiatrie et la gynécologie. De plus, il existe des occasions limitées en pathologie, dans les laboratoires et en anesthésiologie. » En somme, peut-être plus d'obstacles que d'occasions. « Comme les restrictions concernant les médecins militaires femmes dans le service tendent à limiter leur transfert, qui a un effet contraire sur la fréquence du transfert des hommes, on estime que le nombre total des médecins militaires femmes au SMFC ne devrait pas dépasser cinq pour cent du total des médecins militaires des effectifs. Il ne devrait pas y avoir d'allocation pour la formation postuniversitaire durant le SCT [Service à court terme], et les femmes devraient être libérées à leur mariage[19]. » Rien de très encourageant dans tout cela. De même la décision du Comité des directeurs du personnel de limiter le nombre des femmes médecins à 2,5 pour cent du total ne semblait pas non plus une amélioration[20]. Il était encore tôt, en 1959, pour que les forces armées acceptent des femmes médecins sur une base paritaire avec leurs collègues masculins, vu notamment l'absence de pression de la société dans son ensemble.

La pénurie de médecins militaires restera ainsi un problème perpétuel, en partie en raison de la mentalité canadienne concernant le statut social des hommes et des femmes, bien que, de temps à autre, leur nombre se soit rapproché de celui requis par le tableau de dotation, et bien que le recrutement apparût parfois plein d'espoir, mais laissât de côté les questions de la spécialisation ou du travail postuniversitaire. Ce dernier assuré — ou du moins permis — si les praticiens médicaux devaient être gardés au-delà de leur contrat initial. Le Comité des directeurs du personnel écrivit, en 1955, que « sous réserve des impératifs du service et si cela est dans l'intérêt du service, on peut accorder une année d'études aux médecins militaires, à même les fonds publics, pour chaque cinq années de service à titre de médecins militaires, et à tout moment au cours de ces cinq années. » De tels candidats promettaient de compléter la durée de leur engagement ou de rembourser le coût de leur formation et, en fait, les études pouvaient être prolongées au-delà d'une année si cela était dans l'intérêt du service[21]. Le Conseil de la Défense approuva le plan.

18. ANC, RG 24, 83-84/167, boîte 7719, 20-1-1, pt 16, MGen K. A. Hunter, SG, Supporting Data for PMC, 5 Oct 59.
19. *Ibid.*
20. ANC, RG 24, 83-84/167, boîte 7719, 20-1-1, pt 16, PMC 15 Oct 59.
21. ANC, RG 24, 83-84/167, boîte 7718, 20-1-1, pt 7, Extracts from the Minutes of the 75th Defence Council Meeting, 11 Mar 55.

L'année suivante, les forces armées poussèrent plus loin. Le chef du Comité des chefs d'état-major, le général Charles Foulkes, annonça « qu'une réserve interarmées de médecins militaires spécialistes a été établie après un accord entre le ministère de la Défense nationale et le ministère des Finances, afin d'encourager la formation de médecins militaires spécialistes hautement qualifiés et les garder. » Il existait sept postes au total : quatre médecins capitaines (marine), deux colonels (armée) et un colonel d'aviation. « Ces officiers accompliront des tâches spécialisées sur une base interarmes… Ils serviront dans des postes spécifiques, desquels ils ne seront pas déplacés, sauf avec mon accord. Si, du fait des exigences du service, un médecin militaire spécialiste est déplacé de son poste spécialisé et placé dans un poste non spécialisé, le médecin militaire spécialiste ainsi déplacé renoncera au grade intérimaire qu'il détient[22]. » Quelques années plus tard, un examen des dossiers des spécialistes qualifiés montrait que deux anesthésistes pouvaient prétendre à une rémunération de spécialiste intérimaire dans la MRC, ainsi qu'un médecin de santé publique, un chirurgien, un oto-rhino-laryngologiste et un expert de médecine aéronautique (la Marine avait à l'époque une composante aérienne). Pour l'Armée, il y avait un anesthésiste, alors que l'ARC avait un pathologiste, un spécialiste de médecine aéronautique et un chirurgien[23].

Comme toute bonne chose a une fin, au cours des derniers mois de 1960 le Conseil médical des Forces canadiennes décida que « les grades intérimaires en tant que reconnaissance pour les médecins militaires spécialistes devraient être abolis ». En temps et lieu, on devrait augmenter la rémunération, en se guidant sur les échelles des salaires des autres services gouvernementaux[24], sachant que « dans certains cas, des médecins militaires non spécialistes assumant de plus grandes responsabilités globales dans la chaîne de commandement ont des grades inférieurs à des spécialistes travaillant sous leur autorité. » En fait, « des officiers spécialistes relativement jeunes ont supplanté leurs supérieurs non spécialistes uniquement en raison de qualifications spécialisées », de telle façon que « les non-spécialistes ont le sentiment qu'ils sont victimes de discrimination ». Finalement, « il est désormais possible aux spécialistes d'avancer vers des grades effectifs seniors[25] ». Le Comité des directeurs du personnel y souscrivit.

22 ANC, RG 24, 83-84/167, boîte 7719, 20-1-1, Gen Charles Foulkes, Chair Chiefs of Staff, to CAS, CGS, CNS, 7 Aug 56.

23 ANC, RG 24, 83-84/167, boîte 7719, 20-1-1, MGen K. A. Hunter, SG Cdn Forces, to Chair PMC, 7 May 59.

24 ANC, RG 24, 83-84/167, boîte 7789, 2-6030-110/M1-1, pt 7, Minutes 22nd Meeting CFMC, 10 May 61.

25 ANC, RG 24, 83-84/167, boîte 7719, 20-1-1, pt 22, Surg RAdm T. B. McLean, SG, Supporting Data for PMC, 19 Mar 62.

Les forces armées ne s'opposaient pas à la spécialisation, mais il s'agissait simplement de trouver le meilleur moyen de récompenser leurs médecins. Au début des années 1960, le Service médical avait atteint un certain niveau de sophistication — du moins aux yeux du médecin-chef — comparable à celui de la société canadienne dans son ensemble, ce qui signifie que la spécialisation devait être encouragée. Ainsi, en mai 1962, il soumit au Conseil médical des Forces canadiennes « la politique du Service médical des Forces canadiennes a été de conduire des médecins militaires suivant une formation de spécialistes uniquement au niveau d'attestation [une étape primaire de la carrière de médecin]. Ceux s'efforçant de pousser davantage leurs qualifications de chargé de cours le faisaient à leurs propres frais et en y consacrant leur temps personnel, à l'exception des six semaines du cours de recyclage pour bourse de recherche qui a été offert une seule fois aux frais du service... Actuellement, 14,8 pour cent des médecins militaires (en juin 1961) ont une spécialisation clinique égale ou supérieure au niveau d'attestation. En comparaison, dans la population médicale canadienne, le niveau de spécialisation se situe à 30 pour cent[26]. »

Une sorte d'équilibre s'imposait. Du moment que « les spécialités au sein du SMFC et les pratiques correspondantes ne sont pas compétitives et sont contrôlées, un pourcentage compris entre les deux précédemment mentionnés serait considéré comme un bon objectif ». Cela étant le cas, « maintenant que le SMFC acquiert rapidement en acuité et en prestige clinique, on a l'impression qu'il serait souhaitable d'avoir au moins des chefs dans les spécialités majeures dans plusieurs des hôpitaux des Forces canadiennes qui étaient membres du Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada », bien que « le niveau d'encouragement donné aux candidats convenables et le montant des rémunérations en temps et en émoluments n'ait pas été déterminé[27] ». Le Comité des directeurs du personnel approuvait le fait que les spécialistes au sein des hôpitaux d'enseignement devraient avoir le même statut professionnel que leurs collègues dans les écoles médicales civiles.

La psychiatrie et la psychologie permettent de donner des exemples concrets des complexités entourant la spécialisation et le travail clinique. En 1959, une soumission pour la formation postuniversitaire de spécialistes dans les trois éléments (armée, marine, et aviation) fut présentée par le Comité interarmes sur la formation, avec l'appui du Comité des directeurs du personnel. Cependant, le Conseil du Trésor, arbitre en dernier lieu de la gestion des ressources des contribuables, reporta la

26. ANC, RG 24, 83-84/167, boîte 7789, 2-6030-110/M1-1, pt 7, 24e Meeting CFMC, 11 May 62.
27. *Ibid.*

décision jusqu'à ce que la Commission de la fonction publique examina la question[28]. C'est ce qu'elle fit en août 1961, et le Comité interarmes sur la formation réitéra sa recommandation, insistant sur « le besoin d'assurer une formation postuniversitaire en psychologie pour les officiers[29] ». Quelques années plus tard, en 1966, F. C. R. Chalke, consultant du SMFC en psychiatrie, écrivit au médecin-chef « pour attirer son attention sur un problème d'un certain intérêt pour le maintien des normes élevées de pratique professionnelle dans le domaine de la psychiatrie militaire. Comme de plus en plus de psychiatres du service ayant une formation supérieure établissent des services psychiatriques dans les hôpitaux militaires, le manque de services adéquats de psychologie clinique pour les soutenir devient apparent », particulièrement en ce qui touche au personnel. « Pendant un certain temps, il a paru possible que les services de sélection du personnel des Forces puissent rendre disponibles, pour affectation aux unités médicales, un ou deux psychologues cliniques possédant une formation complète. Plus récemment, quelques officiers ainsi affectés avaient reçu une formation plus limitée, et il apparaîtrait qu'il n'existe aucun arrangement formel pour assurer les besoins de ce service, numériquement petit mais nécessaire, sur une base continuelle... Les champs appliqués de psychologie deviennent encore plus divergents et spécialisés à la fois dans la pratique et la formation, et il deviendra plus difficile, à l'avenir, de muter le personnel de la psychologie éducationnelle, expérimentale et de sélection vers le travail clinique sans une formation complémentaire, même si ceux qui se trouvent dans les trois premières catégories étaient en abondance dans le Service[30]. »

Dans la sphère de la psychologie, au moins, la spécialisation devenait en quelque sorte cauchemardesque, mais une approche pragmatique du problème pourrait atténuer certaines conséquences. Au cours d'une réunion à laquelle ont participé entre autres, en 1966, F. C. R. Chalke (consultant en psychiatrie du Conseil médical des Forces canadiennes) et le lieutenant-colonel d'aviation J. R. Rassel (chef du département de psychiatrie au Centre médical de la Défense nationale), il fut rapidement établi que le Centre médical de la Défense nationale avait deux postes pour des psychologues cliniques. De plus, les Ordonnances et règlements royaux avaient déjà été amendés pour permettre le recrutement de ce type de personnel pour un travail à temps partiel. Ainsi, pour le Centre

28. ANC, RG 24, Acc 83-84/167, boîte 7034, 2-490-50, PMC Sub-Committee on Personnel Selection and Classification to J. A. Sharpe, ADM, 29 Jun 62.
29. ANC, RG 24, Acc 83-84/167, boîte 7034, 2-490-50, ISCTT, Minute of the 111th Meeting, 21 Aug 61.
30. ANC, RG 24, Acc 83-84/167, 2-6500-P51, F. C. R. Chalke, Consultant in Psychiatry, CFMS, to RAdm W. Elliott, SG, 20 Jul 66.

médical de la Défense nationale, il y avait des moyens de procurer à la fois des services au personnel médical et une formation à ces spécialistes. Pour les autres installations, « une étude doit être entreprise pour changer les effectifs des autres hôpitaux importants du SMFC, afin d'avoir un poste pour les psychologues cliniques, où pourra être nommé un psychologue de la Direction de la sélection du personnel et de la recherche ou un psychologue civil à temps partiel », pour atteindre le même objectif. Par conséquent, « on prévoit que le SMFC emploiera six psychologues cliniques — un major et cinq capitaines — lorsqu'ils seront disponibles », alors que « le chef du département de psychiatrie au Centre médical de la Défense nationale mettra au point un programme de formation, en accord avec les universités, de telle façon que les psychologues pourront être crédités d'une année passée au Centre médical de la Défense nationale pour leur accréditation professionnelle[31]. » Il y aurait ainsi un spécialiste prêt à traiter les situations et les blessures psychologiques, bien que, comme nous le verrons, les connaissances sous-jacentes au traitement seraient quelque peu ambiguës au cours des décennies suivantes.

En général, les médecins militaires se sont présentés en nombre suffisant pour se spécialiser, en même temps qu'un nouveau domaine de spécialisation fut créé. En janvier 1964, un document transmis au Conseil médical des Forces canadiennes exposa « le problème de la pénurie de médecins militaires orientés vers la médecine de campagne et recommanda d'obtenir l'approbation du SMFC pour la création d'une spécialisation en médecine de campagne au Service médical des Forces canadiennes, sur une base équivalente à une spécialisation clinique ». Parmi eux, figuraient « les officiers commandants des unités médicales de campagne, les affectations du personnel médical de campagne, et une partie des postes de médecins militaires dans l'équipe du médecin-chef, le Centre de formation du Service médical des Forces canadiennes, ainsi que le personnel régional et infra-régional », soit environ 28 postes en tout. Selon les critères du Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada, il faudrait une année d'internat, un diplôme en médecine militaire ou son équivalent (l'Université de Toronto mettait au point un cours d'une année), et une année de formation postuniversitaire en médecine clinique ou en chirurgie. Alternativement, la spécialisation nécessiterait une formation postuniversitaire menant à un diplôme ou à un grade en médecine préventive, en administration hospitalière, ou en sciences biologiques. Une autre possibilité consistait à demander une formation de résidence d'un an en médecine environnementale à l'ins-

31. ANC, RG 24, Acc 83-84/167, 2 6500-P51, Minutes of Meeting to Discuss Clinical Psychologists for Employment in CFMS Units, 5 Aug 66.

titut de médecine aéronautique ou au laboratoire médical de recherches pour la Défense, plus un an de préceptorat en médecine de campagne dans une unité de campagne, une affectation d'une année au Centre de formation du SMFC ou une année de médecine militaire et de formation au Royal Army Medical College à Millbank, ou son équivalent. Peu importe l'itinéraire choisi, il fallait un total de cinq ans pour compléter le tout[32]. En fait, exactement deux ans plus tard, le chirurgien commandant D. J. Kidd, le commandant d'aviation W. J. C. Stevenson et le commandant d'aviation P. D. Newberry, obtenaient une telle accréditation professionnelle[33], ayant satisfait, sans doute, à la plupart des critères nécessaires avant que le domaine soit officiellement reconnu.

Le sujet de la formation strictement militaire des médecins dans les forces armées, notamment ceux qui n'avaient pas d'expérience militaire préalable dans la Réserve, restait ouvert alors que l'on s'occupait des questions du recrutement et de la spécialisation. Ce n'était pas là question facile à traiter. Le chirurgien vice-amiral T. B. McLean écrivait en octobre 1960 « qu'au cours des années passées, il y a eu différentes théories dans les trois armes sur le besoin de former des médecins militaires pour un travail à court terme », mais « avec la mise en œuvre du plan de subvention de 45 mois », et du fait d'autres développements, « le Comité interarmes sur la formation mixte a apporté son appui à un plan de formation pour officiers subventionnés, qui donnait suite aux exigences de chaque élément ». Le plan commençait par trois semaines de formation de base, suivies par six semaines de formation médicale interarmes, et fut rapidement approuvé par le Comité des directeurs du personnel. Certaines parties du programme d'études comprenaient les us et coutumes de la MRC pour ceux entrant dans cette arme, « les affaires mondiales », l'organisation et le rôle des trois services, aussi bien que le Corps dentaire, le Corps des aumôniers et d'autres, ainsi que des thèmes tels que l'organisation sur le terrain, la chaîne d'évacuation, l'organisation médicale pour les pertes massives (comprenant un « examen des erreurs de gestion des situations de pertes massives »), la psychiatrie, la balistique des blessures, l'inspection alimentaire, l'immunologie, les effets du rayonnement ionisant, l'éducation physique, les aspects psychologiques du changement de pression, le malaise causé par la chaleur et les lésions dues au froid, les accidents d'aéronefs, et bien plus[34].

Pour le médecin-chef, le vice-amiral McLean, ce qui précédait constituait une nette amélioration par rapport aux plans antérieurs, tel que

32. ANC, RG 24, 83-84/167, boîte 7789, 2-6030-110/M1-1, pt 7, 27e Meeting CFMC, 15 Jan 66.
33. ANC, RG 24, 83-84/167, boîte 7789, 2-6030-110/M1-1, pt 7, 30e Meeting CFMC, 20 Jan 66.
34. ANC, RG 24, 83-84/167, boîte 7719, 20-1-1, pt 19, Surg VAdm T. B. McLean, SG, Supporting Data fr PMC, 27 Oct 60.

celui pour l'ARC, qui prévoyait 9 semaines à Centralia, 1 mois au Centre médical interarmes de formation et 2 semaines à l'Institut de médecine aéronautique, ou 4 mois (si on prenait en considération le temps de déplacement) sur un total de 33 mois de service à court terme. Il fallait également déterminer le degré de familiarisation dont les médecins auraient besoin, « bien qu'il faille vraiment assurer une certaine formation initiale en administration médicale, on n'avait pas la même exigence pour qu'ils prennent part au cours d'orientation des officiers, tel que cela est le cas pour d'autres membres des Forces, en partie parce que l'individu est plus âgé et plus mûr, et en partie parce que, en tant que jeune officier, il ne sera pas confronté de la même façon aux problèmes inhérents à la manière de diriger les hommes, nécessitant une connaissance approfondie du droit militaire et une prise de conscience de l'organisation globale de son élément[35] ». L'ARC, dans ce cas, n'avait pas d'objection à adopter ce nouveau plan.

Les tentatives de réduire la période de familiarisation avaient des répercussions dans d'autres domaines. En mars 1963, le médecin-chef rapporta que, trois ans auparavant, le Conseil médical des Forces canadiennes avait recommandé l'enseignement de la langue française aux étudiants subventionnés du premier cycle. En 1964, 75 candidats sont en fait entrés à l'Université Laval, où les cours ont été donnés, au cours de la première phase pratique de leur formation. Le médecin-chef releva que « le temps qui avait pu être consacré à ce programme était très limité. À l'époque, un nombre important d'étudiants exprima le désir de renoncer à son stage hospitalier clinique de 1965 en faveur de la poursuite à plein temps de la formation linguistique. Le nombre a diminué à un point tel qu'il n'est plus pratique de fournir une telle formation ; ni souhaitable qu'ils soient mis hors du programme de formation médicale pour la durée nécessaire à leur mise à niveau dans une autre langue. » Le Conseil convint que, dans ces circonstances, la familiarisation médicale devait prendre le pas sur la formation linguistique[36] ; le fait qu'il était difficile de recruter des médecins, lesquels n'étaient pas désireux de faire carrière jusqu'au bout dans le militaire, signifiait qu'il fallait laisser de côté certains aspects de leur perfectionnement, aussi utiles que ceux-ci auraient pu l'être.

Pire encore, les médecins militaires n'étaient pas les seuls praticiens médicaux à être en nombre insuffisant, un autre groupe étant celui des infirmières. Le médecin-chef K. A. Hunter rapporta, au début de 1959, que « de temps en temps, il y a eu une pénurie d'infirmières de service

35. ANC, RG 24, 83-84/167, boîte 7719, 20-1-1, pt 19, Surg RAdm T. B. McLean, SG, to Sec PMC, 30 Mar 61.
36. ANC, RG 24, 83-84/167, boîte 7789, 2-6030-110/M1-1, pt 7, 29th Meeting CFMC, 8 Mar 65.

pour faire face aux vacances dans le tableau de dotation, notamment dans les unités de l'ARC en Europe. Les infirmières en chef des trois éléments ont étudié le problème avec le souci d'assurer l'emploi des infirmières de l'un des autres Services, plutôt que de faire appel à des infirmières civiles. Alors qu'il n'y a pas d'emploi vacant pour le moment, certaines circonstances peuvent imposer le recours à des infirmières civiles. Les infirmières civiles convenables sont habituellement les épouses de militaires et les infirmières canadiennes prenant des vacances en Europe. On comprend parfaitement que ces infirmières ne veulent pas accepter "les rémunérations appliquées dans les secteurs où elles sont employées", les taux de traitement européens étant bien inférieurs aux canadiens. » Par conséquent, « le médecin-chef estime que la permission devrait être accordée de recruter des infirmières civiles autorisées qui satisfont aux normes canadiennes, en France et en Allemagne, quand, en raison des exigences du service, des infirmières ne sont pas disponibles, à un taux de 10 $ par jour pour un maximum de 240 $ par mois. Alors qu'il est nécessaire, de temps à autre, d'employer des infirmières civiles qualifiées dans des hôpitaux et des stations en Europe, il faut déployer tous les efforts possibles pour combler les postes vacants d'emploi par des infirmières canadiennes[37]. » Le Comité des directeurs du personnel accepta de continuer à permettre le recrutement local d'infirmières jusqu'à ce que le médecin-chef puisse mener un sondage approprié mais, tout comme les médecins, le nombre des infirmières qui se présentait ne correspondait pas aux besoins des forces armées. En octobre 1961, on en dénombrait 379 sur un total de 492, une situation pire que celle des médecins militaires qui, comme nous l'avons vu, étaient 391 sur un total de 461 à l'époque[38].

Comme pour les médecins, les forces armées ont envisagé la possibilité de recruter des infirmiers des deux sexes, mais ont vite fait d'écarter cette possibilité, l'identification de certaines professions avec les hommes ou les femmes étant trop prononcée pour être changée au cours de cette période de début de la Guerre froide. Par exemple, en 1955, le Comité médical interarmes a examiné une demande d'un certain Vernon L. Ryder pour l'emploi d'infirmiers de sexe masculin et fit savoir à ses membres qu'il « réaffirmait sa décision du 13 juin 1951, confirmée par le Comité des directeurs du personnel, qui avait été formulée en réponse à une demande précédente de Vernon L. Ryder. Cette décision était qu'il n'y avait pas de besoin d'infirmiers hommes autorisés dans la Marine, l'Armée ou l'Aviation… Il y a un besoin, en revanche, pour des

37. ANC, RG 24, 83-84/167, boîte 7719, 20-1-1, pt 14, MGen K. A. Hunter, SG, to Sec PMC, 23 Feb 59.
38. ANC, RG 24, 83-84/167, boîte 7789, 2-6030-110/M1-1, pt 7, 23rd Meeting CFMC, 11 Oct 61.

personnes ainsi qualifiées pour être des officiers non médicaux dans le Corps médical de l'Armée royale canadienne, à condition que ces personnes satisfassent aux exigences éducationnelles[39] », une clause conditionnelle qu'ils auraient pu remplir sans problème étant donné leurs qualifications d'infirmiers.

Ce n'était pas, cependant, une question que l'on pouvait écarter facilement. En 1961, dans une note adressée au ministre adjoint de la Défense nationale, un membre du Parlement affirmait avoir lui-même « reçu plusieurs lettres concernant l'opportunité que des infirmiers des forces armées deviennent commissionnés du rang, ce qui les mettrait ainsi au même niveau que les infirmières. L'idée sous-jacente paraît être qu'il y a plusieurs emplois qui nécessitent des hommes aussi expérimentés que les infirmières... On estime également que, dans ces circonstances, il n'est pas équitable de garder les infirmiers dans un statut de subordination en tant que préposés aux soins médicaux[40]. » Trois ans plus tard, toutefois, la question était toujours sous examen. Le Dr G. E. Hall, du Conseil médical des Forces canadiennes, estima, à ce sujet, que les infirmiers « sont bien entraînés et font preuve d'une stabilité professionnelle supérieure à celle des infirmières », ce qui veut dire, sans doute, qu'ils ne quittent pas le service lorsqu'ils se marient. Le Conseil releva que « plusieurs infirmiers ont présenté leurs candidatures, et le point de savoir s'ils seront embauchés dans la direction des soins infirmiers a été étudiée sous tous les angles, l'étude la plus récente remontant à octobre 1962 et ayant été réalisée à la demande de l'Association des infirmières et infirmiers du Canada. En ce temps-là, des membres de l'équipe du médecin-chef ont rencontré des représentants du Comité des infirmiers de l'Association des infirmières et infirmiers diplômés[41]. »

Au cours de cette réunion, « l'accent a été mis sur le fait que, bien que les infirmiers ne puissent pas être acceptés dans la direction des soins infirmiers, il est possible d'envisager de recruter ceux d'entre eux qui ont des qualifications appropriées en tant qu'officiers dans la branche médicale administrative, où la formation et l'expérience d'infirmiers seraient avantageuses. On souligna aussi clairement que les raisons qui sont à l'origine de cette politique sont administratives et ne sont, en aucune façon, l'expression des capacités professionnelles des infirmiers autorisés. L'impression qui prévalait était que les membres du comité se sont rendus compte des difficultés administratives qui s'ensuivraient et ont accepté ce point de vue malgré leur déception. » À la fin, « plusieurs

39. ANC, RG 24, 83-84/167, boîte 7718, 20-1-1, pt 7, Capt RCN E. H. Lee, Chair ISMC, to Def Sec, n.d.
40. ANC, RG 24, 83-84/167, boîte 7719, 20-1-1, pt 21, Maj J. E. A. J. Lamy, SO to Assoc Min, to Sec PMC, 24 May 51.
41. ANC, RG 24, 83-84/167, boîte 7789, 2-6030-110/M1-1, pt 7, 28e Meeting CFMS, 6 Aug 64.

facteurs ont pesé sur la décision de préserver le caractère féminin de la section des soins infirmiers. Il a été prouvé que les infirmières exercent une influence considérable sur le moral, leur présence étant acceptée avec plus d'empressement par les militaires que ne le serait, éventuellement, celle d'infirmiers », ce qui représente un des rares cas où la préférence des soldats exerçait une influence sur la politique. En outre, « l'emploi d'infirmières, dont la plupart ne sont pas mariées, favorise la flexibilité. Il n'est pas acceptable d'employer des infirmiers pour s'occuper de patients de sexe féminin, ce qui fait qu'ils ne pourraient être envoyés dans des unités pour traiter des femmes du service ou des personnes à charge également femmes... Un autre point est que les infirmières ne sont pas obligées d'exercer des pouvoirs de commandement sur le personnel du service et que, par voie de conséquence, leur formation militaire peut être minimale et est moins coûteuse que celle des officiers hommes[42]. »

Il faudrait noter ici que, dans la pratique, les infirmières, depuis le début du siècle, ont donné des instructions aux préposés aux soins et à d'autres, dans le cadre de leurs fonctions, dans les domaines où elles ont concentré leurs compétences, comme les soins postopératoires. Ainsi, plus soucieux des instructions écrites que des opérations actuelles, le SMFC nota que, « dans la tradition des Services, un officier de sexe masculin doit être qualifié non seulement dans sa spécialité mais aussi dans une série de questions souvent sans rapport avec son travail originel. Une telle formation, en plus de la capacité de commander et de diriger, est un des préalables nécessaires pour les officiers hommes[43] », même si, comme on l'a vu, il était possible de réduire la période de formation de ces mêmes hommes grâce au fait qu'un médecin militaire « ne sera pas confronté... aux problèmes inhérents à la manière de diriger les hommes[44]... ». Les choses en étaient là — du moins pour l'instant. En 1968, on annonça qu'il y a « maintenant une place pour quatre infirmiers dans la branche des soins infirmiers du SMFC, et ces postes sont pourvus[45] », une politique équivalente à celle des médecins militaires femmes.

Les femmes continuaient ainsi à prédominer dans la direction des soins infirmiers, et continueront à vivre leur service différemment, à certains égards, de leurs collègues hommes. Naureen Cambon, par exemple, était affectée à l'hôpital militaire britannique (British Military Hospital) à Iserlohn, en Allemagne, peu après que le Canada eut envoyé une brigade sur le théâtre européen de l'OTAN. Plus tard, elle se rappellera

42. *Ibid.*
43. *Ibid.*
44. ANC, RG 24, 83-84/167, boîte 7719, 20-1-1, pt 19, Surg RAdm T. B. McLean, SG, to Sec PMC, 30 Mar 61.
45. ANC, RG 24, 83-84/167, boîte 7789, 2-6030-110/M1-1, pt 7, 31e Meeting CFMC, 25 Apr 68.

que « la place était intéressante pour y passer deux ans, parce que nous travaillions beaucoup mais avions de généreux congés pour visiter l'Europe. Nous vivions dans ce qui fut les quartiers des troupes nazies. Ces quartiers étaient agréables mais, la nuit, nous étions cadenassées parce que, nous avait-on dit, il fallait empêcher les gardes polonais d'y entrer. Étant des Canadiennes "libres", nous avons toutes été piquées au vif en nous demandant ce qui arriverait si le feu se déclarait et qu'on ne trouvait pas la clé[46]. » Les cadenas furent enlevés.

Un autre exemple a été donné par Audrey Adams, dont la première affectation fut à la Station Beaverbank, située à 40 milles ou à 64 kilomètres à l'extérieur de Halifax et qui fait partie du réseau DEW. « Un médecin militaire était en charge, mais fut transféré à Uplands ou Rockliffe peu après mon arrivée. Je fus laissée responsable d'un hôpital de dix lits que je devais diriger comme une salle d'examen médical, avec plusieurs adjoints médicaux, un employé de bureau, un employé civil du service de nettoyage et un médecin militaire du civil venant deux fois par semaine, pour faire la revue des malades. Le reste du temps, je m'occupais de la revue des malades, ainsi que des familles qui vivaient sur la base. Je devais également préparer des médicaments de la pharmacie, qui était bien achalandée, et mettre au point des rotations d'effectifs pour les quarts de travail des soirs et des fins de semaine... Les personnes ayant besoin d'être hospitalisées étaient envoyées à Halifax, à l'hôpital à Stadacona, l'hôpital pour maladies infectieuses (un cas d'oreillons) ou aux différents hôpitaux civils lorsqu'il s'agissait de personnes à charge[47]. » Adams devait s'occuper elle-même d'autres types de travaux, et « deux fois, il fut nécessaire de faire des points de suture ! Une fois, un aviateur se leva trop vite et sans prendre de précautions du lit du bas, il [heurta] sa tête sur le lit superposé du haut. La deuxième fois, c'était un officier de la marine qui vivait plus près de Beaverbank que de Stadacona et avait déjà reçu les premiers soins. Il y eut un troisième incident, où des points de suture étaient nécessaires, "l'évier se leva et heurta mon menton", mais ce patient fut envoyé à Stadacona ».

Comme nous l'avons vu, les médecins militaires et les infirmières n'étaient pas les seuls professionnels de la santé servant dans les forces armées. L'administration devait tenir compte d'autres personnes, de temps à autre, comme les diététiciens, par exemple. En 1963, le major-général W. A. B. Anderson, l'adjudant général, signala que « la situation des diététiciens dans l'armée a atteint un point tel où tout nouveau délai dans l'examen de la soumission du médecin-chef », qui avait trait

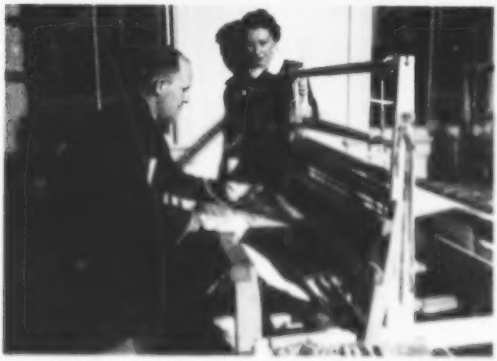
46. E. A. Landells, *The Military Nurses of Canada : Recollections of Canadian Military Nurses*, White Rock, 1995, p. 492-493.
47. *Ibid.*, p. 608.

au recrutement des diététiciens, « provoquera des pertes financières considérables, pour la raison que, aussi longtemps que cette affaire restera en suspens, il n'est pas possible de prendre des engagements définitifs avec les 18 diététiciens pré-diplômés ce printemps, ni avec les 15 qui termineront leur formation pratique COTC cet été[48] ». Le COTC était le Corps de formation des officiers canadiens, et ses unités opéraient dans les universités. Parmi les propositions figuraient celle du médecin-chef suggérant que « tous les diététiciens soient recrutés et pris en charge par le service qui en a le plus besoin », et une autre du membre du Comité des directeurs du personnel pour l'Aviation (ARC), proposant que les diététiciens reçoivent une prime en espèces lors de leur recrutement ou bien commencent leur carrière avec le grade de capitaine, comme c'était le cas pour les médecins et les dentistes[49], mais pas pour les infirmières.

L'Aviation se rendait certainement compte de ce problème, en soulignant « qu'il manquait maintenant 15 ou 20 diététiciens à l'ARC. L'expérience passée montre qu'il est peu probable que ce déficit soit bientôt réduit. » La solution serait peut-être de recruter des civils, bien que l'armée fût en faveur d'une prise en charge complète par l'un des trois services, à partir du moment où elle-même en avait seulement huit, dont six travaillaient dans des hôpitaux, et où « la carrière de ces personnes est limitée » de ce fait. Finalement, après de nouvelles discussions et réunions du Comité des directeurs du personnel en janvier 1964, il a été décidé que les ordres administratifs de l'Aviation seraient amendés de telle façon que les diététiciens soient enrôlés au grade de sous-lieutenant d'aviation et promus sur-le-champ lieutenants d'aviation. Après quatre ou cinq ans, on pourrait leur proposer un travail permanent, et après trois autres années de service, ils pourraient être admissibles à une promotion de capitaine d'aviation. Le médecin-chef suggéra que les deux autres services amendent leurs ordres administratifs et les membres du Comité des directeurs du personnel donnèrent leur accord[50].

En fait, les diététiciens constituaient une profession parmi d'autres dont les membres ne servaient ni en tant que médecins militaires ni en tant qu'infirmières, 21 titres de groupes existant dans les trois armes en 1964 (de toute évidence, l'unification était loin d'être totale). Le médecin-chef T. B. McLean proposa que « l'utilisation du terme *Medical Associate Officer* (officier des services paramédicaux) dans les trois éléments supprimerait la confusion souvent provoquée par l'utilisation de diffé-

48. ANC, RG 24, 83 84/167, boîte 7720, 20-1-1, pt 26, MGen W. A. B. Anderson, AG, to Sec PMC, 8 Mar 63.
49. ANC, RG 24, 83 84/167, boîte 7720, 20-1-1, pt 26, PMC, 20 Jun 63.
50. ANC, RG 24, 83 84/167, boîte 7720, 20-1-1, pt 26, PMC, 20 Jun 63; PMC, 4 Jul 63.



Ergothérapie, 1957, Centre d'imagerie interarmées des Forces canadiennes (CIFC), CT 560

rentes désignations. Les officiers concernés figureraient sur une liste similaire dans sa conception à celle qui existe actuellement pour les médecins militaires. La mise en œuvre de cette proposition réduirait le nombre des branches d'officiers au sein du SMFC à... Médecins militaires... Officiers d'administration des services paramédicaux... Infirmiers ou infirmières. » La MRC, à l'époque, avait des désignations telles que technicien médical, une profession groupant pharmaciens, officiers d'hygiène, officiers de radiographie, officiers de laboratoires, physiothérapeutes, ergothérapeutes et diététiciens. L'Armée avait des pharmaciens, des physiothérapeutes, des ergothérapeutes, des diététiciens et un groupe appelé « non médical », qui incluait les administrateurs, les « employés titulaires », les « spécialistes » et les « vétérinaires ». Finalement, l'ARC possédait ses propres catégories professionnelles, telles que « pharmacien », « collaborateur », « soutien Sciences », « formation aéromédicale » et « secrétariat ». Le regroupement de toutes les catégories précitées sous le titre « Officiers pour services paramédicaux » ne tarda pas à recevoir l'approbation du Comité des directeurs du personnel, sans doute avec un certain soulagement[51].

À l'autre bout de la structure des grades, on trouvait les adjoints médicaux, qui étaient souvent le premier point de contact des patients avec les services de santé, bien qu'ils aient représenté, jusqu'au début des années 1960, une catégorie aussi disparate que les autres groupes de praticiens médicaux qui furent éventuellement regroupés sous le titre d'officiers de services paramédicaux. Le contre-amiral médecin T. B. McLean nota en 1963 que « à l'heure actuelle, 35 groupes professionnels militaires

51 ANC, RG 24, 83-84/167, boîte 7720, 20-1-1, pt 28, Surg RAdm T. B. McLean, SG, Supporting Data for PMC, 16 Jan 64.

existent au sein du SMFC, chaque profession et chaque groupe professionnel exigeant une norme différente... Cela nécessite des plans de formation différents pour chaque groupe professionnel, des manuels d'instruction et des instructeurs différents et empêche la centralisation du site d'entraînement au Centre de formation du SMFC ou au Centre médical de la Défense nationale[52]... »

En 1962, le Groupe d'examen des métiers du Service médical des Forces canadiennes nota qu'« en ce qui concerne la formation du Service médical des Forces canadiennes à travers l'unification des services médicaux de la Marine royale du Canada, de l'Armée du Canada et de l'Aviation royale du Canada, la structure de ces professions médicales consistait en une variété de professions. À l'exception des ressemblances dans les appellations de certains de ces métiers, de grandes différences existaient entre eux au niveau du tracé des carrières, des normes de qualification, de la formation et d'autres facteurs. » Après avoir examiné les cas de 525 gens de métiers et de 139 officiers spécialistes, le Groupe d'examen recommanda une normalisation à plus grande échelle, de manière à ce que les « noms choisis pour les emplois soient basés sur l'ensemble des fonctions remplies et des tâches accomplies par les différents gens de métiers et qu'ils soient, s'il y a lieu, les mêmes que ceux communément utilisés dans la vie civile ». Bien qu'il soit possible d'avancer en tant qu'homme ou femme de métier, sans obtenir nécessairement un grade militaire plus élevé, « nous sommes convaincus que les fonctions d'un grade dans une carrière médicale ne peuvent être remplies sans une compétence et des connaissances adéquates du métier. En particulier, il est apparent pour ce groupe que l'adjoint médical en emploi autonome, le biotechnicien et le technicien en hygiène doit posséder un grade pour accomplir ses tâches[53] », étant donné qu'ils ont besoin d'une certaine autorité pour que leur rôle soit efficace.

Le résultat fut qu'il existait désormais deux moyens d'assurer une promotion, soit à travers les grades militaires comme soldat, caporal, sergent et ainsi de suite (aussi bien que leurs équivalents dans la MRC et l'ARC), soit alors comme groupe de métier 1, 2, 3 ou 4. Ainsi, « la structure des groupes de métiers médicaux est basée sur le principe du recrutement et du développement de gens de métier médicaux expérimentés pour les services généraux, qui progressent vers le Groupe de métier 2 comme adjoints médicaux et sont alors sélectionnés pour une formation et une progression subséquente dans l'un des métiers suivants : adjoint médical Groupes 3 et 4, Technicien en hygiène Groupes

52. ANC, RG 24, 83-84/167, boîte 7719, 20-1-1, pt 25, Surg RAdm T. B. McLean, SG, Supporting Data for PMC, 23 Jan 63.
53. ANC, RG 24, 83-84/167, boîte 7720, 20-1-1, pt 25, *The Report on Medical Trades by the Canadian Forces Medical Service Trade Study Group*, Aug 62.

3 et 4 ; Technicien de laboratoire Groupes 3 et 4, Technicien en radiologie Groupes 3 et 4, et Bio technicien Groupes 3 et 4. De plus, un adjoint médical Groupe 3 peut être sélectionné pour devenir auxiliaire de bloc opératoire Groupe 4. Un cheminement quelque peu similaire est proposé au personnel féminin comme infirmière auxiliaire Groupes 1, 2 et 3, assorti d'une disposition pour des candidats spécialement choisis pour avancer d'aide infirmière Groupe 2 à Technicienne de laboratoire Groupe 3 et 4 et Technicienne en radiologie Groupes 3 et 4. De même, une aide infirmière Groupe 3 peut devenir auxiliaire de bloc opératoire Groupe 4[54]. » Tous les praticiens médicaux du personnel non officier serviraient ainsi, pour un temps, en tant qu'adjoints médicaux avant de se lancer dans une spécialisation.

Un certain degré de flexibilité a été quand même permis lorsqu'il s'est agi d'incorporer des gens de métier civils dans le monde militaire. « On envisage de former des recrues non spécialisées pour devenir des gens de métier médicaux, ce qui constituerait la meilleure méthode pour développer des gens de métier bien familiarisés, expérimentés et flexibles. Une disposition est toutefois également prévue pour accorder un classement provisoire dans un groupe de métiers sur la base d'une évaluation individuelle des qualifications pour les recrues détenant une mention reconnue dans des domaines médicaux civils appropriés. Dans le même ordre d'idées, on peut envisager de reclasser dans la biotechnique les techniciens provenant d'autres champs de carrière. S'ils ne sont pas formés en conséquence, les gens de métier enrôlés ou reclassés devraient suivre une formation normale de service ainsi qu'une formation médicale appropriée, afin de maintenir la flexibilité de l'emploi[55]. »

Le principal objectif restera de développer une réserve d'adjoints médicaux et d'infirmières auxiliaires de service général aux niveaux du Groupe 1 et 2, et ce pour deux raisons. Premièrement, « Cela garantira que tous les gens de métier dans le SMFC ont une bonne connaissance générale de la façon de prodiguer des soins aux malades et blessés, en plus d'être voués au vaste champ de la médecine militaire. Cela favorisera aussi la flexibilité dans l'emploi des gens de métier et constituera une réserve de personnel formé pour s'occuper d'un grand nombre de blessés ou pour faire face à d'autres situations d'urgence. » Deuxièmement, « une période minimale de trente mois permettra aux gens de métier junior de se familiariser avec l'ampleur et la nature des autres métiers médicaux et, par conséquent, de bien se positionner pour bien choisir une "carrière". De même, les responsables de la sélection auront l'occasion d'effectuer la meilleure sélection de gens de métier pour pro-

54. *Ibid.*
55. *Ibid.*

Une infirmière donne un cours, mars 1957. CIFC, PCN 5

céder à leur formation dans ces autres métiers médicaux[56]. » Ainsi, à la différence des officiers, les gens de métier du Service médical des Forces canadiennes ne commenceraient pas leur carrière en qualité de spécialistes, mais se spécialiseraient un peu plus tard au cours de leur vie professionnelle.

Ayant déterminé qui recruter — et comment le faire — et ayant planifié dans une certaine mesure la façon dont évoluerait la carrière de ces personnes, il restait à s'occuper de l'important défi qui consistait à les former. Institutionnellement, un changement important à cet égard se produisit avec l'unification des branches médicales en 1959, le nouveau médecin-chef recommandant « le démantèlement de l'école du Corps médical de l'Armée royale canadienne au Camp Borden, et le démantèlement du Centre de formation médicale mixte à Toronto, afin de constituer le Centre de formation du Service médical des Forces canadiennes à Borden ». La MRC pourrait être introduite progressivement, et le processus en entier était destiné à former le personnel médical par un nombre d'instructeurs inférieur à celui qui avait été demandé dans plusieurs installations différentes[57]. Bien que l'école se trouva déjà à Borden, cela n'était pas un choix inévitable, le Comité des vice-chefs d'état-major proposant qu'une telle installation fonctionne près d'un grand hôpital tel qu'à Kingston ou à Ottawa[58]. Cependant, pour des raisons maintenant obscures, mais qui ont sans doute à voir avec les installations déjà en place à Borden, le Comité des directeurs du personnel décida, en effet, de constituer le Centre de formation du SMFC dans

56. *Ibid.*
57. ANC, RG 24, 83-84/167, boîte 7719, 20-1-1, pt 15, SG, Supporting Data for Personnel Members Ctee, 29 Jun 59.
58. ANC, RG 24, 83-84/167, boîte 7719, 20-1-1, pt 15, LCol W. A. Todd, Sec Vice Chiefs of Staff Ctee, to Sec PMC, 28 Jul 59.

Un stage d'entraînement. On apprend comment soulever un patient d'un brancard, mars 1957. CIIFC, PCN 18.

ce qui fut l'école du Corps médical de l'Armée royale canadienne, « sous l'autorité d'un seul commandant, et avec les effectifs actuels de l'école du Corps médical de l'Armée royale canadienne, pour être en charge des responsabilités présentement confiées aux deux unités démantelées[59] ».

Ce que les soldats ont appris à l'école était, bien sûr, la manière de procurer les premiers soins, de transporter les patients, de mettre au point les installations et les mille et un détails que comprenait le travail des adjoints médicaux. Pour décrire tout cela équitablement, il faudrait écrire un autre ouvrage en soi. C'est pourquoi ne peuvent être examinés dans ce récit que quelques exemples des défis posés par le fait d'assurer une éducation médicale. En 1960, par exemple, la question du jour était de décider quelle forme de respiration artificielle il fallait enseigner aux membres du Service médical. Comme le médecin-chef, le contre-amiral T. B. McLean, l'expliqua, « les méthodes de respiration artificielle pour les personnes victimes d'asphyxie ont subi des changements périodiques au cours des années, chacune ayant ses partisans et ses adversaires. Plus récemment, le bouche-à-bouche ou la réanimation par l'air expiré ont la faveur populaire. Auparavant, la technique acceptée était la méthode de Holger-Nielsen », qui reposait sur la manipulation physique des bras, entre autres techniques, dans le but de forcer l'air à entrer dans les poumons de la victime. À l'époque du rapport, « le SMFC se trouve sous pression pour adopter officiellement, enseigner et utiliser une seule et unique méthode, à l'exclusion de toute autre. La préférence semble aller à la méthode directe (bouche-à-bouche ou air expiré), en raison de son efficacité incontestable lorsqu'elle est appliquée correctement. Certains désavantages concrets de cette méthode affectent de

59. ANC, RG 24, 83-84/167, boîte 7719, 20-1-1, pt 16, AVM J. G. Kerr, Chair PMC, to Minister, 26 Oct 59.

façon négative son acceptation universelle en tant que méthode de choix[60] », ayant le plus probablement trait au fait que, généralement, on hésite à poser ses lèvres sur celles d'un étranger inconscient.

Un fait intéressant pour aider à aboutir à une décision fut que « tant la Société canadienne de la Croix-Rouge que la Société américaine de la Croix-Rouge et les forces armées des États-Unis ont adopté officiellement la méthode de l'air expiré. L'Ambulance Saint-Jean et la Royal Life Saving Society of Great Britain ont opté pour la méthode Holger-Nielsen, sans être hostiles à l'enseignement et à l'utilisation de la méthode directe. » Quoi qu'il en soit, « pour le moment, le Centre de formation du SMFC au Camp Borden a adopté une politique consistant à enseigner à la fois la méthode Holger-Nielsen et celle du bouche-à-bouche. Dans l'enseignement et l'application du bouche-à-bouche, on estimait qu'il était conseillé de minimiser le recours à des accessoires, tels que des bronches, des valves antireflux et des tubes d'aspiration, afin que les personnes concernées puissent apprendre les principes fondamentaux sans que, pour être efficaces, elles ne développent une dépendance vis-à-vis de l'équipement accessoire. » L'opinion de McLean était claire, « l'air expiré, ou la méthode directe de la respiration artificielle, est incontestablement la plus efficace mise à notre disposition pour le moment, malgré les désavantages inhérents, pratiques et esthétiques ». Par conséquent, « la respiration artificielle bouche-à-bouche (air expiré) sera la méthode à utiliser dans les Forces canadiennes, mais on continuera à enseigner la méthode Holger-Nielsen. » Pour ce qui est des détails, « en enseignant la méthode du bouche-à-bouche, on devrait utiliser, sans contrainte, des films pour en illustrer chaque phase, telles que celles qui consistent à garder les bronches ouvertes en tout temps, à assurer une entrée effective de l'air dans les poumons, et les principes généraux de l'utilisation de voies aériennes artificielles ». De plus, « il peut être nécessaire de fournir en quantités limitées aux centres d'enseignement agréés des maquettes en coupe de la tête, du cou et de la poitrine, dans le but d'illustrer l'anatomie de base et les méthodes destinées à garder des bronches propres capables de laisser l'air pénétrer et sortir de manière efficace[61] ». Tout cela, pour une seule procédure parmi des centaines.

Au cours des siècles précédents, les soldats ont compris que les premiers soins en campagne formaient une spécialisation par elle-même dont chaque aspect de la formation en la matière devait être examinée et revue dans ses moindres détails. Au cours de la familiarisation, les adjoints médicaux potentiels passaient occasionnellement des tests de formation

60. ANC, RG 24, 83-84/167, boîte 7719, 20-1-1, pt 19, Surg RAdm T. B. McLean, SG, to Sec PMC, 27 Oct 60.
61. *Ibid.*

élémentaires ou TOETs en langage militaire. Dans l'un d'eux, sur lequel fut attirée l'attention du médecin-chef, l'instructeur diagnostiquait le problème et l'étudiant y apportait le traitement nécessaire, son travail étant évalué par l'instructeur. Mais le colonel d'aviation W. J. F. Young releva que « dans une situation réelle, il n'y aurait personne pour lui faire le diagnostic sauf l'étudiant lui-même... Un test efficace en premiers soins doit évaluer la capacité du candidat à trouver lui-même ce qui ne va pas, parce que sans cette capacité il ne peut pas prendre les décisions appropriées[62]. » Il recommanda que le test soit changé, mais d'autres avaient des préoccupations plus générales relatives à la manière dont était menée une telle éducation au sein du Service médical. Le brigadier J. S. McCannel, chargé d'enquêter sur cette question pour le compte du médecin-chef, trouva que le problème principal parmi les commandants et les officiers d'état-major était « la dépendance apparemment complète des services par rapport à l'Ambulance Saint-Jean ». En fait, une telle dépendance n'était pas une politique officielle, bien que « les références de formation de l'Ambulance Saint-Jean, avec quelques suppléments mineurs destinés à satisfaire les besoins particuliers du service, aient été générales et appropriées. Elles sont acceptées généralement partout au Canada et avalisées par la profession médicale. Comme l'Association publie et amende périodiquement ces brochures, leur utilisation dans le service économise du temps et de l'argent[63]. » Nul besoin, en effet, de réinventer les premiers soins.

De l'école à Borden, les adjoints médicaux nouvellement qualifiés passèrent dans les différentes unités et installations, y compris les ambulances de campagne, qui ont prouvé depuis longtemps qu'elles étaient les chevaux de labour du Service médical — du moins pour ce qui est des opérations terrestres. L'une d'elles était la 3e Ambulance de campagne, dont l'officier commandant, le major K. D. McQuaig, décrivit une partie de l'entraînement de l'unité dans une concentration d'été en 1960. Son premier défi était de trouver du temps pour la familiarisation médicale, sachant que son unité était responsable de procurer des services médicaux au poste de commandement du 1er Groupe-Brigade de l'Infanterie canadienne, du Lord Strathcona's Horse, et de leurs unités de soutien. En fait, « du 1er juin à la mi-juillet, le seul médecin militaire avec l'Ambulance de campagne était l'officier commandant. Afin de permettre à l'officier commandant d'accomplir ses fonctions de formation et d'administration, il est impératif que deux médecins militaires, au moins, soient affectés à l'ambulance de campagne », bien que ce

62. ANC, RG 24, 83-84/167, boîte 7827, 2-6111-1, Pt 2, G/C W. J. F. Young, for SG, to DMT, 1 Oct 62.
63. ANC, RG 24, 83-84/167, boîte 7720, 20-1-1, pt 28, Brig J. S. McCannel, for SG, to Sec PMAC, 31 Jan 64.

problème particulier fût aussi vieux que la branche médicale elle-même. Une autre tâche était l'hygiène et la désinfection, y compris le rapport selon lequel « la supervision, comprenant le contrôle du sumac toxique, était conduite par un aide sanitaire », attaché au poste de commandement de la brigade, ainsi qu'un autre avec la 3e Ambulance de campagne. « Aucun problème majeur n'a été éprouvé à ce stade. »

En dépit de telles tâches, le temps ne manquait pas totalement aux adjoints médicaux et aux autres membres de l'unité pour réapprendre leur métier. Au cours de ce que McQuaig appela la « préphase » de formation, du 1er au 19 juin, les troupes « ont commencé le 3 juin en réapprenant la conduite de véhicules la nuit et en tous terrains. Tous les conducteurs, qu'ils soient de l'Intendance militaire canadienne ou du corps médical, participaient à l'entraînement. Le 5 juin, trois sections ont commencé l'entraînement, deux sections s'occupant de l'évacuation dans des conditions de black out et une section agissant en tant que patients. » En plus de cela, « le QG et le bureau des sorties ont mené un entraînement similaire au cours de cette période. Les communications sans fil ont fait partie de toutes les phases de l'entraînement. » La Phase I proprement dite a débuté le 20 juin et a duré jusqu'à la fin du mois, et bien que des éléments de la 3e Ambulance de campagne aient été toujours responsables de procurer des services médicaux à la brigade dans son ensemble, « le reste de l'unité continua à s'entraîner de nuit et de jour, en mettant l'accent sur le traitement d'un grand nombre de blessés et sur la protection des patients et du personnel. Une ou plusieurs sections se donnèrent la main pour mettre sur pied les tentes et creuser des tranchées de protection... En raison de la pénurie de médecins militaires au cours de cette période, les installations médicales ont été mises à rude épreuve[64]. »

La Phase II, du 1er au 8 juillet, était à peu près la même que la Phase I, mais la Phase III, du 9 au 29, fut différente. « La situation au niveau des médecins militaires a été redressée par l'arrivée de médecins militaires régimentaires du bataillon. Des sections étaient en soutien et sous commandement pour des mouvements avec les Groupes-Bataillons pendant l'exercice *Field Goal.* » L'échelon arrière, toutefois, « entrava le déploiement normal et les procédures opérationnelles de la section, ce qui fit que le personnel de supervision ne connut pas le lieu où se trouvait la section, et ce qui provoqua aussi un mauvais emploi du personnel de la section. Cette situation a été rectifiée avant la fin de l'exercice *Ground Power.* » Il n'en demeure pas moins que des composantes telles que le poste de commandement de la compagnie et les sections d'ambulance « se trouvant dans des endroits différents entre les exercices » n'ont pas

64. *Ibid.*

été en mesure de se préparer convenablement pour les manœuvres. Ainsi deux exercices, *Ground Power* et *Thunderbird*, ont comporté des opérations défensives, les sections de l'Ambulance de campagne étant sous le commandement des Groupes-Bataillons. Entre-temps, « le poste de commandement de la Compagnie d'ambulance se trouvait dans les environs du poste de commandement de la brigade mais sous le contrôle du Centre de contrôle logistique avancé, qui était situé plusieurs kilomètres à l'arrière. Pourtant, une autre partie de l'unité, le bureau des sorties de la compagnie, se trouvait dans la zone du bataillon logistique », à une distance simulée de quelque 64 km. « En raison des distances entre le poste de commandement de la Compagnie d'ambulances et les postes de commandement des sections et de l'unité, les communications radio étaient souvent inexistantes[65]. »

Le compte de malheurs de l'Ambulance de campagne ne s'arrêtait pas là, parce que « en raison des distances et des restrictions des mouvements confinés à la nuit, il est impossible de maintenir une supervision et un contrôle directs, ce qui est nécessaire dans ce genre d'opérations... Dans le cadre des mesures prises pendant les deux exercices, l'information sur la situation tactique était insuffisante et, assez fréquemment, retardée jusqu'à ce qu'il fût impossible de redéployer des sections à temps pour assurer un maximum de soutien médical. » Un autre problème : « En guise d'expédient, il était nécessaire d'employer des véhicules », normalement utilisés pour transporter des fournitures médicales et du personnel, « pour l'évacuation des victimes du poste de commandement de la compagnie d'ambulance à la compagnie d'évacuation, en dépit de fortes objections. Cela n'était pas très réaliste à cause du fait que l'utilisation de ces véhicules pouvait être exigée sur-le-champ, au cas où l'on demandait au poste de commandement de l'unité et à la compagnie d'évacuation de se déplacer à court préavis. » Finalement, « toutes les sections n'étaient pas totalement employées dans leur mission opérationnelle, du fait du manque de victimes durant les exercices, et n'étaient pas entraînées à évacuer un très grand nombre de blessés, à cause du délai dans la transmission de l'information sur des frappes nucléaires[66]. » Certaines leçons devaient être apprises à la dure — du moins, c'est ce que l'on croyait...

Deux ans plus tard, la même situation se répéta. En dépit de la « pénurie de personnel », l'unité soutenait le poste de commandement du 1er Groupe-Brigade de l'Infanterie canadienne, du 1 Royal Welsh Fusiliers (une unité britannique), du Queen's Own Rifles of Canada

65. ANC, RG 24, 83-84/167, boîte 4974, 3201-830/1, Maj K. D. McQuaig, CO 3 Fd Amb, to Command MO, 26 Oct 60.
66. *Ibid.*

(QOR of C), de Lord Strathcona's Horse, du Princess Patricia's Canadian Light Infantry (PPCLI), du 2 Royal Canadian Horse Artillery, du 3e Escadron du génie de campagne et d'autres. Une intoxication alimentaire, faisant 72 victimes, n'était que l'un des nombreux défis auxquels fit face cet été-là la 3e Ambulance de campagne. Comme auparavant, l'unité parvint à recevoir un entraînement de base, et « deux sections et un poste de commandement de compagnie », ainsi que d'autres composantes, « ont été entraînées par le moyen des exercices d'unité, de jour comme de nuit... Le reste de l'unité se consacrait à des tâches de soutien médical et au camp. » Cet été-là, on s'est concentré notamment sur les aptitudes suivantes : « exercices d'hébergement (de patients) et de reconnaissance, mouvements tactiques de jour partout sur la carte, de cache en cache, et de nuit », « déploiement, exercices de contrôle de zone de choc, poste de secours ou poste sanitaire d'unité », pour les opérations de survie nationale, « camouflage et dissimulation, mesures de sécurité défensives, exercice de protection GNBC », pour guerre nucléaire, biologique et chimique, « réception, traitement et évacuation des victimes quand une partie du personnel est disponible pour être des victimes simulées », et « exercices pour mettre sur pied un poste de triage d'ambulance en utilisant le poste de commandement de la Compagnie d'ambulances et une ou deux sections pour s'occuper d'un grand nombre de blessés. » Il faut ajouter à cela qu'une « section était attachée au 2 QOR of C (Queen's Own Rifles of Canada) du 3 au 5 juillet pour l'exercice *Spot Check 3* », dans lequel étaient impliqués un grand nombre de victimes simulées. « Une autre section prit part à un exercice de bataillon, entreprenant des exercices de contrôle de zone de choc avec le 1 PPCLI, du 10 au 12 juillet[67]. »

D'autres exercices se sont rapidement succédé, l'unité étant restée occupée avec *Sudden Clash* du 13 au 16 juillet. « Une section se trouvait en soutien et sous le commandement pour bouger avec chaque Groupe-Bataillon. Cet exercice s'est penché sur la contre-pénétration et la contre-attaque. Les routes sont devenues extrêmement dangereuses à la suite de trois jours de pluie, et l'exercice fut arrêté le 15. Peu de victimes sont parvenues au poste de commandement de la Compagnie d'ambulances, mais 28 victimes réelles ont été traitées », permettant de donner une expérience sans doute supérieure à l'entraînement. Ce qui suivit fut l'exercice *Counter Power*, du 18 au 20 juillet. « Deux tentatives ont été faites pour s'entraîner à l'organisation d'une limitation des dégâts, mais n'ont pas été couronnées de succès. Un incident se solda par 27 victimes nucléaires, un autre par 20 pour un total de 47 victimes nucléaires

67. ANC, RG 24, 83-84/167, boîte 7850, 2-6160-801/3, LCol K. D. McQuaig, CO 3 Fd Amb, to HQ Western Command, 29 Jul 62.

et 17 victimes d'actes de guerre conventionnelle. » Finalement, il y eut l'exercice *Lightning Strike*, du 21 au 25 juillet. Au cours de cet exercice, « 44 victimes ont été évacuées par la chaîne d'évacuation médicale ». En tout et pour tout, ce fut un mois chargé, mais « lors de tous ces exercices, l'ambulance de campagne se déplaça moins, eut moins de victimes et fut moins impliquée qu'au cours des trois années précédentes. L'information sur la situation tactique était pratiquement inexistante sur le réseau de l'administration, et il n'était pas possible d'effectuer des préparations anticipées. » « Un retard dans le mouvement et la préparation, qui est acceptable pour les autres services, ne l'est pas pour le Service médical » comme cela fut rapporté[68].

Que le retard dans le mouvement et les préparations fût acceptable pour les autres services est discutable, mais ce point de vue était admis, et des unités médicales spéciales destinées à améliorer la mobilité existaient déjà depuis un certain temps. Il s'agissait des sections médicales aéroportées, déjà examinées dans ce récit, qui se sont entraînées séparément des Ambulances de campagne, du moins dans la première période de leur existence. Le major J. E. Gilbert, l'officier commandant de la 1re Section médicale aéroportée, fournit une description d'une partie de l'entraînement durant l'été 1952. « Des dispositions ont été prises pour organiser trois courts exercices aéroportés séparés au Camp Borden, en accord avec le Corps de service aéroporté. Dans chaque exercice, le Corps aéroporté de service et une partie de la 1re Section médicale aéroportée comprendront une force ennemie qui sera parachutée près de Borden. Lors du premier exercice, la force amie sera assurée par l'école du Corps médical de l'Armée royale canadienne et l'école des aspirants officiers... ces exercices seront une nouvelle occasion de tester les instructions permanentes d'opération (été) de la 1re Section médicale aéroportée. Un poste de secours régimentaire sera parachuté avec les troupes d'assaut, et on espère que le Centre de traitement pourra être aussi parachuté à la fin de l'exercice, qui durera approximativement 12 heures[69]. » Parmi les leçons apprises, on citera que « l'équipement médical devra être largué d'une hauteur d'environ 300 pieds [92 mètres]. L'équipement ne sera aucunement endommagé et l'équipage de l'aéronef peut être extrêmement précis. De cette façon, le Centre de traitement peut être établi sans trop de délai. » De plus, « il est improbable que le poste de secours régimentaire soit isolé de l'équipement, mais chaque homme saute avec un pansement de combat dans un sac à dos aéroporté. » En définitive, « l'expérience à North Bay

68. *Ibid.*
69. ANC, RG 24, 83-84/167, boîte 4974, 3201-830/1, Maj J. E. Gilbert, OC nº 1 Airborne Med Sec, to DGMS, 15 Aug 52.

a montré que les troupes doivent quitter une DZ [Zone de largage] rapidement, notamment quand on s'attend à une attaque menée par un aéronef hostile[70]. »

L'impulsion initiale pour la constitution de forces aéroportées en temps de paix consistait à avoir toutes prêtes des forces extrêmement mobiles chargées de protéger la souveraineté du Canada dans le nord du pays. Ainsi, des exercices ont été menés occasionnellement dans des régions où les troupes pourraient très bien être amenées à opérer en temps de guerre, soit-il réel ou présumé. L'un d'eux, mené en 1964, était appelé *Renard Bleu*, son scénario de base étant une arrivée au sol de quelque 100 éléments ennemis sur la côte du Labrador à Saglek, où ils capturaient un radar de l'US Air Force et un terrain d'atterrissage. La compagnie parachutiste du Royal 22e Régiment s'occupait de la situation, avec la Section médicale aéroportée. L'infanterie réussit à atteindre certaines collines près du terrain d'atterrissage, puis, « presque immédiatement après, il y eut 22 victimes. La Section médicale aéroportée s'occupa des blessés », après avoir dressé une tente pour les besoins de la cause[71].

L'un des résultats toutefois fut de retarder le mouvement de la section vers la tête de pont aérienne préparée par les troupes du 3e Bataillon du Royal 22e Régiment. « Une conversation avec le commandant de la section médicale montra qu'aucun ordre clair n'avait été donné concernant le rassemblement et l'évacuation des victimes avant la mise en place de l'installation médicale sur la tête de pont occupée. Il fut également noté que la Section médicale aéroportée a été larguée avec tous ses équipements et transportait, selon l'O Resp, suffisamment de matériel pour s'occuper de 30 patients pendant 7 jours. Étant donné que la compagnie parachutiste avec laquelle il a été largué avait besoin d'un transport aérien de soutien dans les quarante-huit heures, il semblerait qu'il ne serait pas nécessaire de procurer un tel équipement médical encombrant avant l'arrivée des troupes aérotransportées », qui ne viendraient pas par parachute. De surcroît, « la Section médicale aéroportée n'a pas de médecin militaire commandant, et cela doit être un désavantage en exercice, lorsque des décisions tactiques qui requièrent un jugement clinique doivent être prises[72]. »

C'était là une leçon parmi d'autres, et si une chose devenait claire à la fin des années 1960, c'était que l'attention des commandants de l'infanterie (et de leurs homologues des blindés) était braquée sur une telle liste de demandes qu'ils ne pouvaient pas trop penser aux armes

70. ANC, RG 24, 83-84/167, boîte 4974, 3201-830/1, Maj J. E. Gilbert to DGMS, 8 Oct 52.
71. ANC, RG 24, 83-84/167, boîte 7825, 6100-1, pt 1, Col N. H. McNally, Regional Surg Ontario, Observers Report to Ex Renard Bleu, 23 Mar 64.
72. *Ibid.*

d'appui tel le service médical. Le personnel du Corps médical de l'Armée royale canadienne affecté à *Renard Bleu* aurait préféré « un aperçu plus systématique sur son rôle » dans l'exercice, afin qu'il puisse « bénéficier davantage de sa participation ». Mais, en toute équité, les praticiens médicaux eux-mêmes avaient encore à en apprendre sur les principes de base de leur métier. Le colonel N. H. McNally, médecin régional pour l'Ontario, estima que « les adjoints médicaux fournis par la 3e Ambulance de campagne pour agir en tant que préposés médicaux en vol n'avaient pas reçu l'entraînement nécessaire pour un tel travail. Du personnel qualifié s'impose pour cette tâche », ce qui était une leçon aussi vieille que la Corée — si ce n'est davantage[73].

Étant donné la pénurie perpétuelle de personnel, cela n'aurait pas pu être autrement, et s'il y a une seule leçon à tirer d'une étude des praticiens médicaux au cœur de la Guerre froide, c'est qu'une branche donnée au sein des forces armées n'aurait jamais le personnel requis pour accomplir toutes ses tâches efficacement. Au début des années 1960, on aurait pu assigner deux rôles au Service médical des Forces canadiennes, l'un militaire, l'autre civil, mais il aurait eu du mal à tenter d'assumer les deux.

73. *Ibid.*

Chapitre cinq

Opérations de la Guerre froide, réelles et potentielles

Bien que toujours à court de médecins militaires, d'infirmières, d'adjoints médicaux et autres, et bien qu'étant concentrés sur la prochaine guerre — qui pourrait se déclencher en Europe — comme nous l'avons vu, les membres du Service médical des Forces canadiennes devaient s'atteler à des tâches de temps de paix. Examiner des recrues, immuniser contre les maladies, traiter des blessures et des maladies, et soutenir les trois armes combattantes au pays et outre-mer constituaient des défis non moins importants quand le pays était en paix que le fait de traiter des blessés en temps de conflit. Tel était particulièrement le cas, sachant que le SMFC était chargé de procurer des soins de santé à vie aux soldats de carrière, aux marins et au personnel de l'aviation, aussi bien qu'à leurs familles et à d'autres civils. Le défi devenait d'autant plus significatif que, pour la première fois dans son histoire, le Canada de la Guerre froide avait pris des engagements à l'étranger, envers l'OTAN et l'ONU, ce qui impliquait une présence militaire permanente hors des frontières nationales. Il serait intéressant de signaler, comme nous allons le voir, que l'une des conséquences de cette situation de guerre–non guerre n'était pas seulement la nécessité pour les praticiens militaires médicaux de prendre soin des civils, mais pour les organismes civils comme le ministère de la Santé et du Bien-Être social d'examiner certaines questions militaires, la protection civile figurant en tête de liste.

Pour ce qui a trait aux soins de santé militaires, en temps de guerre comme en temps de paix, une des premières personnes qu'une jeune recrue rencontrait dans sa carrière militaire — après avoir eu affaire à la figure paternelle de l'officier de recrutement — était le praticien médical, dont le travail consistait à s'assurer que le candidat était suffisamment en bonne santé pour entrer dans le service. Inévitablement, certains y étaient inaptes, comme le notera en 1954 C. M. Drury, sous-

ministre de la Défense nationale. « Le pourcentage de recrues refusées varie selon les trois services. Cela peut être attribué aux différences dans les procédures de recrutement, et aussi aux exigences de chacun des services. Il est souhaitable de souligner que plusieurs recrues ne sont pas admises pour des raisons autres que médicales, avant même d'en arriver au médecin militaire, des raisons telles qu'un échec au test de classement, une faiblesse du niveau d'instruction, le fait d'avoir dépassé l'âge limite, d'être mineur ou pour des considérations en rapport avec la citoyenneté, etc. » En 1953, la Marine avait refusé 6,3 pour cent de recrues potentielles, pour des raisons médicales, alors que les chiffres étaient plus élevés dans l'Armée et l'Aviation, atteignant respectivement 28,8 et 17,8 pour cent. Afin d'illustrer le fait que le nombre des non-admissions pour raisons médicales était en fait plutôt bas, Drury releva que le nombre total des candidats refusés par la MRC était de 67,2 pour cent, ou deux sur trois[1]. Bien que la standardisation entre les trois services n'ait pas encore été complétée, en 1954 le Conseil de la défense « accepta, en principe, qu'un système uniforme devrait être adopté[2] » pour l'examen médical des recrues.

Toutefois, les forces armées — que leur mode de recrutement soit standardisé ou non — n'étaient jamais parvenues à découvrir toutes les maladies, tous les maux et toutes les affections touchant les volontaires. D'aucuns étaient médicalement libérés tôt au cours de leur carrière, alors qu'on aurait dû leur épargner les rigueurs de l'entraînement de base. Au début des années 1960, les limites des examens des recrues étaient toujours aussi évidentes, R. G. MacNeil, sous-ministre adjoint (Finances), notant à cet égard le « nombre des membres du personnel libérés pour raisons médicales peu de temps après leur enrôlement ». Au cours des 5 années précédentes, 60 d'entre eux avaient été renvoyés à la vie civile moins d'un an après leur entrée dans le service, dont 25 au cours des 3 mois suivant leur prestation de serment[3]. Toutefois, le médecin-chef avait vite fait de souligner qu'aucun examen médical ne pouvait être parfait, ajoutant que, sur les 60 en question, 27 avaient été libérés pour des raisons neurologiques et psychologiques, qui « n'auraient pas été forcément évidentes aux yeux d'un médecin militaire recruteur et qui, de fait, ont pu s'accentuer à la suite de l'enrôlement de l'individu ». Une autre demi-douzaine de personnes avaient réintégré la vie civile pour cause de pieds plats ou pour d'autres problèmes de

1. ANC, RG 24, 83-84/167, boîte 7718, 20-1-1, pt 6, C. M. Drury, DM, to G. A. Wright, 25 Mar 5.
2. ANC, RG 24, 83-84/167, boîte 7718, 20-1-1, pt 6, Extract from the Minutes of the 70th Meeting of the Defence Council, 14 Jul 54.
3. ANC, RG 24, 83-84/167, boîte 7719, 20-1-1, pt 22, R.G. MacNeil, ADM/F, to Chair PMC, 8 Jun 62.

pieds, « et il est souligné que la seule bonne façon de détecter les pieds plats est sans doute le tâtonnement et l'erreur ». La vision d'une autre demi-douzaine de personnes était faible, ce qui « aurait pu être découvert grâce à un examen spécialiste ophtalmologique avec réfraction cycloplégique », un test peut-être trop cher et demandant trop de temps pour être conduit de manière routinière. L'ouïe d'un groupe de sept autres personnes n'était pas parfaite, bien que là le médecin-chef fût prêt à admettre que trois d'entre eux auraient pu être correctement diagnostiqués « lors d'un examen plus vigilant ». Trois autres souffraient d'un ulcère duodénal, dont deux probablement après leur entrée dans le service, alors que « les personnes restantes avaient des affections que la recrue occultait délibérément ou oubliait de signaler parce qu'elles ne lui causaient que des difficultés minimales, ou alors s'étaient développées après l'enrôlement[4]. »

En plus de l'examen, les recrues avaient à faire face à une procédure supplémentaire de recrutement — et périodiquement pendant leur carrière — à savoir l'immunisation qui, sous une forme ou une autre, remontait au XVIII[e] siècle avec l'utilisation du « cow-pox » pour vacciner contre la variole. Le tétanos, qui représentait une véritable menace, devait être contrôlé par une immunisation obligatoire, en vertu de l'Ordre 37.01 du Service médical des Forces canadiennes, qui ne s'appliquait pas toutefois à la Réserve primaire. Ainsi, en 1962, le médecin-chef T. B. McLean administra une leçon d'histoire pour le grand bien des autorités supérieures, dans le but d'étendre l'immunisation antitétanique. « Le tétanos et la gangrène gazeuse ont répandu la mort durant la Première Guerre mondiale de 1914-1918. Mais le résultat d'un vaste programme d'immunisation lancé en 1939 fut que le tétanos n'était plus un problème pour les forces du Canada lors de la guerre 1939-1945. Il s'agit bien d'un record quand on sait qu'il y eut seulement deux cas dans l'Armée canadienne et un seul dans l'ARC[5]. »

Comme pour confirmer les découvertes de l'histoire, une recherche en microbiologie indiqua que le « *Clostridium tetani*, une spore contenant des bacilles, pouvait rester viable pendant 10 ans ou plus sous certaines conditions. Les plaies punctiformes et les plaies contuses constituent leur porte d'entrée dans le corps humain, où ils produisent une toxine bactérienne mortelle, qui attaque le système nerveux. Après l'apparition des symptômes, le taux de mortalité pour les individus non protégés atteint 80 à 100 pour cent… Ayant constaté que des milliers de personnes n'ont pas été immunisées contre le tétanos au Canada, les

4. ANC, RG 24, 83-84/167, boîte 7719, 20-1-1, pt 22, SG to Sec PMC, 6 Jul 6.
5. ANC, RG 24, 83-84/167, boîte 7719, 20-1-1, pt 22, Surg RAdm T.B. McLean, SG, Supporting Data for PMC, 8 May 62.

bureaux médicaux du Conseil de recherches pour la défense, qui se soucient de ces problèmes, ont recommandé que la population dans son ensemble soit immunisée. Plus particulièrement, ils ont proposé que tous les membres des forces de Réserve soient immunisés contre le tétanos, étant donné qu'ils seraient un groupe à haut risque du fait de leurs tâches dans le cadre des Opérations de survie[6] », devant succéder à une frappe nucléaire, dont il sera question plus tard. Confronté aux éléments probants avancés par le médecin-chef, le Comité des directeurs du personnel souscrivit à une immunisation générale de tous les réservistes.

Quelque peu plus problématiques étaient les tentatives de contrôler la tuberculose qui, en dépit du développement des antibiotiques dans les années 1940, demeurait une menace sérieuse pour la santé publique vers la fin des années 1950, singulièrement dans les régions pauvres du pays, où les gens pouvaient mal supporter six mois de coûteuse médication. Un allié possible dans la guerre contre la tuberculose était le bacille de Calmette Guérin (BCG), mentionné dans un précédent chapitre, un vaccin quelque peu imparfait qui, entre autres inconvénients, garantissait que les personnes vaccinées testeraient toujours positif pour la maladie contre laquelle il était censé prévenir. En réponse à une requête de la Légion royale canadienne, le Comité médical interarmes, relevant que sa réponse avait été formulée après « un examen complet que lui-même et des officiers spécialisés du Service médical avaient effectué », écrivit au Comité des directeurs du personnel que « la politique des trois forces armées concernant l'immunisation BCG est actuellement mise au point par le directeur général du Service médical, et en attendant que cette politique soit agréée ou non par le Comité des directeurs du personnel, il est impossible de donner un avis plus positif que celui contenu dans l'ébauche de lettre ci-jointe. » Cette dernière mentionnait une étude de l'ARC, à travers des radiographies pulmonaires, qui confirmait un seul cas de tuberculose sur 23 305 membres de l'Aviation. « Jusqu'à ce jour, aucune enquête sur une vaste échelle n'a été menée au sein des forces armées en ayant recours au test tuberculinique », concédait la lettre, bien que « d'un autre côté, les membres des forces armées que l'on estime être exposés outre mesure au risque d'une infection tuberculinique (particulièrement le personnel du Service médical) aient passé le test tuberculinique », et ceux qui n'étaient pas atteints de la maladie reçurent le BCG[7].

Six mois plus tard, en juillet 1957, le Comité médical interarmes s'exprima avec une plus grande assurance, indiquant que « des membres

6. *Ibid.*
7. ANC, RG 24, 83-84/167, boîte 7718, 20-1-1, pt 9, Capt W. A. Walsh, ISMC, to Sec PMC, 18 Jan 57.

ont examiné en détail les commentaires et les opinions à la fois du service et des consultants civils, les données compilées par différents groupes et organisations de santé, ainsi que le besoin d'une politique précise pour la protection et l'immunisation du personnel du service. Le résultat de ces études à grande échelle fut qu'il était désormais possible de présenter le programme du Comité médical interarmes qui, pensait-on, assurerait le niveau de protection requis pour l'ensemble du personnel, en service au Canada et à l'étranger. » Selon le plan, le test tuberculinique serait administré à tous les membres du service, et toutes les recrues seraient testées le plus tôt possible après leur enrôlement. Celles qui seraient testées négatif devraient passer un test annuel, alors que les personnes qui ont eu un virage tuberculinique « devront être testées sur une base individuelle, à la fois cliniquement et radiologiquement, afin de déterminer si oui ou non elles sont malades et afin de choisir la méthode de traitement et de suivi dans chaque cas ». Pour ce qui est de la vaccination, « tout membre du personnel se trouvant dans des régions ou des situations où le niveau de risque dépasse la normale devrait être inoculé. La décision à cet égard doit être prise par le service responsable », et « la vaccination BCG sur une vaste échelle... sera, pour le moment, basée sur des décisions du service ». Bien que n'étant pas tout à fait d'accord avec les programmes préconisés par d'autres institutions, telle la Légion royale canadienne (on pourrait même ajouter l'Association canadienne antituberculeuse), le Comité médical interarmes estimait que son plan « assurait que toute précaution est prise pour réduire au strict minimum l'incidence de la tuberculose parmi les membres du personnel du service[8] ».

Occasionnellement, toutefois, très peu de temps pouvait être consacré aux débats sur les politiques au sein des différents comités, quand surgissaient — avec une étonnante soudaineté — certains dangers. Telle était la situation lorsqu'en 1957 une épidémie de grippe menaça. Ayant sans aucun doute à l'esprit les milliers de morts de la pandémie de 1918-1919, les praticiens des soins de santé, ceux des forces armées que civils, envisagèrent la meilleure approche pour limiter les ravages potentiels de la maladie. Les membres du Comité médical interarmes, par exemple, « ont examiné la possibilité d'une initiative visant à procurer une immunisation au personnel des forces armées contre l'épidémie d'influenza, dont la propagation avait été signalée dans des points largement dispersés du globe. » Un représentant du Comité médical interarmes assista à une réunion convoquée par le ministère de la Santé et du Bien-Être social, pour discuter de la question de la grippe au Canada

8. ANC, RG 24, 83-84/167, boîte 7718, 20-1-1, pt 9, Capt W. A. Walsh, Sec ISMC, to Sec PMC, 9 Jul 57.

— ainsi que de celle de la vaccination. « Des représentants des ministères de la Santé provinciaux et de ministères fédéraux concernés ont pris part à cette réunion. Parmi les importants sujets discutés figuraient la prévalence des déclenchements ; les quantités, le calendrier et la posologie des vaccins ; ainsi que la priorité de la distribution du vaccin qui sera disponible. Les déclenchements signalés se présentaient comme suit : de Hong Kong à Singapour en avril, puis vers le sud en Australie, sans cependant s'y établir. Le Pakistan, l'Inde et la région du golfe Persique ont fait état de cas. Un déclenchement rapide s'était produit aux Pays-Bas. Sur des navires de la Marine américaine, sur les deux côtes des États-Unis, des cas avaient été également signalés. »

Quant au vaccin, « il a été rapporté que jusqu'au 30 septembre 1957, les doses maximales qui peuvent être produites au Canada, au vu des installations existantes, sont de 425 000 [quelqu'un a écrit à l'encre le chiffre de 400 000]. Les doses de vaccins additionnels qui pourraient être produites jusqu'au 28 février 1958 seraient approximativement 1 250 000. Le coût estimé par dose se situait entre 1 $ et 2 $. Au cours de cette réunion, il a été convenu que des priorités devraient être établies sur la base du danger de la perturbation des services nationaux et non sur celle de la vulnérabilité clinique[9] », une conclusion plutôt sévère, qui illustrait bien que la menace était prise très au sérieux. Il n'en demeure pas moins qu'au Canada une allocation fut prévue pour seulement 25 pour cent de la Force de frappe mobile (responsable de la défense du sol national), tandis que la brigade en Europe ainsi que ses unités de base furent écartées de la première série d'immunisation. L'ordre de priorité, tel que suggéré par le Directeur — Organisation, était, premièrement, le personnel médical, puis les spécialistes des transmissions, les conducteurs, quelques cuisiniers, les commandements du Quartier général de l'Armée, des régions et des camps, le contrôle des mouvements, la Force de frappe mobile, le personnel dentaire », tout comme, entre autres, les matériels et dépôts d'équipement, les casernes disciplinaires (gardes et personnel administratif seulement), et finalement différents établissements d'instruction et écoles des forces armées[10].

Il n'a pas fallu, toutefois, le danger d'une pandémie mondiale pour qu'une certaine notion d'urgence s'impose à l'esprit des autorités, des défis médicaux ayant surgi bien plus près de chez nous. En mars 1960, le ministre de la Défense nationale, George Pearkes, V. C., présida une réunion destinée à traiter d'une pareille question. Il commença lui-même

9. ANC, RG 24, 83-84/167, boîte 7718, 20-1-1, pt 9, Capt W. A. Walsh, Sec ISMC, to Sec PMC, 31 Jul 57.
10. ANC, RG 24, 83-84/167, boîte 7718, 20-1-1, pt 9, Col John Wallis, Dir of Org, to VAG, 27 Aug 57.

les débats en attirant l'attention « sur le potentiel alarmant du danger pour la santé du personnel dans la région de Fort Churchill du fait de la maladie entérobactérique dans ce secteur », entérique faisant référence à une maladie des intestins. Pearkes proposa d'examiner la situation et « d'envisager la possibilité de lancer, en coopération avec la province du Manitoba, un programme concerté pour traiter des besoins globaux de santé de la région de Churchill ». Bien que le problème en question fut plutôt endémique qu'épidémique, cela n'avait aucune influence sur sa gravité, le médecin-chef expliquant que Churchill « avait été construit en tant qu'installation temporaire par les forces américaines au cours de la Deuxième Guerre mondiale. Il s'agit de l'unique source de soins hospitaliers au nord de The Pas, au Manitoba, et sert une population de 6850 personnes, soit 1100 militaires, canadiens et américains, 900 personnes à charge du personnel militaire canadien et américain, 2050 civils, et une population non permanente de 1000 Amérindiens et 1800 Inuits. Les admissions à l'hôpital se composent pour un tiers de militaires et de personnes à leur charge, un tiers de civils, et un tiers d'Amérindiens et d'Inuits[11] ».

L'un des dangers guettant la population était constitué par « les maladies entériques qui sont endémiques dans la toundra. Les Inuits et les Amérindiens ont ainsi vécu depuis des temps immémoriaux, mais au fur et à mesure que s'accroît la population blanche, s'accroissent aussi les possibilités épidémiques de ces maladies, ce qui est aggravé par le caractère carrément inadéquat des installations d'eau et d'égouts dans la région. À Churchill, les épidémies de maladie entérique, plus particulièrement les maladies en rapport avec la diarrhée des nouveau-nés et des jeunes enfants, refont surface chaque année. Chaque année depuis 1955, l'incidence et la période d'infectiosité augmentent. L'infection est présente à l'hôpital tout au long de l'année, tout en constituant un sujet de grande préoccupation en ce qui concerne le développement de l'infection croisée parmi les patients et le personnel. En 1959, il y eut plus de 70 cas. La morbidité infantile, pour tous les cas, dans la région de Churchill, est l'une des plus élevées en Amérique du Nord (1958 — 111,7 par 1000 naissances vivantes, contre un taux canadien de 31 par 1000 naissances vivantes). » L'hôpital « se retrouvait avec sur les bras l'obligation de s'occuper des maladies qui s'étaient déclenchées hors du service et qui sont dues, pour une grande part, au bas niveau socio-économique des civils. Il estime qu'une telle maladie représente une menace sérieuse pour la santé des militaires et de leurs personnes à charge, qui relèvent avant tout de sa propre responsabilité. De plus, à cause de la

11. ANC, RG 24, 83-84/167, boîte 7789, 2-6030-110/M1-1, pt 7, Minutes of a Meeting Held in the Office of the Minister of National Defence, 24 Mar 60.

présence des troupes américaines et de leurs personnes à charge, le médecin-chef de l'armée américaine est très préoccupé[12] », plaçant cette maladie dans le cadre de la conduite de la guerre de l'Alliance.

Son impact majeur, cependant, était poignant, « la sévérité de l'infection nécessitant la fermeture de la section des accouchements et de la pouponnière quelque 18 mois auparavant, les femmes qui venaient d'accoucher étant ramenées chez elles de la salle d'accouchement quatre à douze heures après avoir mis leur enfant au monde. Une mesure très insatisfaisante. » Pire, « la contamination de la maladie se trouve à présent dans l'immeuble de l'hôpital, et les mesures d'urgence qui ont été prises en renforçant le personnel, en procurant un équipement supplémentaire et un nouveau service de contagieux pour améliorer la technique d'isolement, n'étaient que temporaires. Elles ne réglaient pas le problème médical ni le problème sociologique de base qui sous-tend le premier. » Il recommanda la construction d'un nouvel hôpital, et il fut décidé que le ministère des Travaux publics examinerait « la faisabilité de la mise au point d'une structure préfabriquée adjacente à l'immeuble du gouvernement fédéral, destinée à accueillir une clinique pour malades externes et à assurer un logement pour un praticien médical ». De plus, « le sous-ministre de la Santé nationale et le médecin-chef devraient également se rendre à Winnipeg et discuter avec les responsables provinciaux de la santé de cette question de clinique pour patients externes en ville, ainsi que du problème de lui assurer un praticien médical civil[13] ». Ainsi, et au moins pour le moment, les forces armées continueraient à se tourner vers les institutions civiles pour s'occuper des besoins médicaux non militaires.

Il y avait peu de doute qu'elles faisaient face à suffisamment de défis en s'occupant de leurs propres membres car, même si les forces armées du Canada étaient bien plus réduites en 1963 qu'en 1943, elles continuaient à opérer dans différentes parties du monde, de façon telle que les risques qu'elles couraient n'en étaient pas moins complexes. Le paludisme, qui avait sévi durement lors de la campagne de Sicile en juillet-août 1943, était toujours un problème lorsque, dans la période de l'après-guerre, des observateurs et des soldats du maintien de la paix furent dépêchés en Afrique et en Asie. Les contre-mesures ne manquaient pas, mais devaient être revues de temps à autre, comme le relèvera en 1962 le médecin-chef T. B. McLean : « Présentement, plusieurs combinaisons de médicaments sont utilisées par les Forces canadiennes pour la prévention de la malaria. Cela varie selon la région du monde dans laquelle servent les Canadiens et selon le système d'approvisionne-

12. *Ibid.*
13. *Ibid.*

ment en vigueur pour tel ou tel groupe… On estime qu'il est éminemment souhaitable d'avoir, si possible, un seul médicament antipaludique. » Il proposa que le MDN observe ce que l'ONU utilise, et si l'organisation internationale est disposée à utiliser un mélange de médicaments « nouvellement mis au point[14] ».

L. J. Bruce-Chwatt, le chef de la Division de l'ONU pour la recherche et les renseignements techniques sur le paludisme, souligna, le mois suivant, que la standardisation pourrait ne pas être réalisable, étant donné que « l'adoption de tout régime antipaludique uniforme dépendait des conditions spécifiques prévalant dans le pays où il était censé être mis en œuvre. Ainsi, l'administration d'un médicament suppressif ou curatif efficace dans un pays comme la Corée, où le paludisme n'est pas répandu et où le *P. vivax* [un parasite qui cause la malaria] est prévalent, pourrait ne pas convenir dans des zones tropicales ayant une endémicité élevée de malaria et une prédominance du *P. falciparum* [un autre parasite qui provoque la malaria]. » Pour corroborer ses constatations, il y joignit un rapport de l'Organisation mondiale de la santé[15].

Si la prévention constituait, dans les forces armées, une priorité qui rappelait combien dévastatrice fut la maladie lors de conflits tels que la guerre civile américaine, le résultat n'en était pas moins lourd à porter pour le praticien médical chargé de l'œuvre préventive. Le major-général Joseph Jean S. G. Benoit, par exemple, se souvint que de telles politiques pouvaient être tout à fait ennuyeuses ou agaçantes. Diplômé médecin militaire de l'Université Laval en 1958, sa première affectation, « en tant que médecin militaire fraîchement diplômé dans l'ARC, fut dans l'une des stations radar du réseau *Pine Tree* à Parent, au Québec. Ces sites de radar étaient situés sur des collines dans des communautés éloignées le long du 50e parallèle, dans le cadre du système NAEW pendant la Guerre froide. Un médecin, une ou deux infirmières et des adjoints médicaux assuraient des soins médicaux aux membres de la Force aérienne opérant sur les radars, ainsi qu'aux personnes à charge vivant dans la station. Pour le capitaine d'aviation Benoit, il s'agissait d'un cours "d'études supérieures" à l'école des coups durs. En tant que nouveau médecin, il devait compter beaucoup sur le soutien et l'avis du médecin de la communauté, quand il avait affaire à des blessures et à des situations médicales bien difficiles parmi les membres de l'ARC et leurs familles[16]. »

14. ANC, RG 24, v.20,875, CSC 9-11, Surg RAdm T. B. McLean, SG, to CCOS, 14 May 62.
15. ANC, RG 24, v.20,875, CSC 9-11, L. J. Bruce-Chwatt, Chief Research and Tech Intelligence Division of Malaria Education, to Campbell Smith, 21 Jun 62.
16. Harold M. Wright, *Salute to the Air Force Medical Branch on the 75th Anniversary, Royal Canadian Air Force*, Ottawa, 1999, p. 3-4.

La localisation de telles stations n'était pas faite pour bénéficier au personnel. En fait, elles « étaient situées dans des régions sauvages ou désertes et, selon la saison, étaient infestées par des essaims de mouches noires. L'approche militaire de ce problème environnemental avait plusieurs facettes. D'abord, chacun recevait des provisions personnelles de répulsifs antimouches noires. Cela ayant très peu d'effets, les maisons et les lieux de travail reçurent des vaporisateurs manuels et une solution de DDT, ce qui aida quelque peu mais sans toujours constituer la solution. De grands nébulisateurs, remorqués par des camions, ont été conduits dans la station, pour vaporiser une brume huileuse de DDT sur tout ce qui se laissait prendre à l'extérieur, chose ou personne. Les résultats recherchés n'ayant pas été atteints, l'Aviation fit survoler la station par un Douglas DC-3 Dakota transportant des barils du mélange de DDT et équipé pour une pulvérisation aérienne. Si la station était avertie, les enfants étaient conduits dans la maison, le linge était enlevé et les voitures mises à couvert, si possible. » Apparemment, il revenait à un entomologiste de l'ARC de décider du moment où il fallait procéder à la pulvérisation.

> Cela, avait-on appris, était basé sur les « rapports d'atterrissage des mouches noires » fournis par les stations le long de la ligne *Pine Tree*. Il était demandé aux commandants des stations et aux médecins-chefs de placer des aviateurs et des aviatrices dans des endroits autour de la station, munis d'un pied carré de tissu bleu de l'Aviation posé sur leurs genoux, pour faire le décompte des mouches noires qui se poseraient sur le tissu en un laps de temps donné. L'information obtenue à ce sujet était sagement enregistrée et envoyée en message « prioritaire » au poste de commandement, chaque jour avant 16 h 15. Étant donné que le « décompte des mouches » sur un tissu ne reflétait pas toujours l'intensité de l'infestation, le commandant de la station et le médecin-chef décidèrent qu'une pulvérisation aérienne s'imposait, lorsque le décompte du nombre des mouches ayant atterri avait augmenté de façon mystérieuse, par rapport au jour précédent. Quand la population des mouches diminuait, ce nombre chutait, également, à un bas niveau. De cette façon, ils obtinrent la pulvérisation qu'ils voulaient quand ils en avaient besoin et étaient en mesure d'avertir le personnel de la station et leurs familles pour prendre les précautions nécessaires avant l'arrivée de l'avion[17].

De tels problèmes, aussi bien que la tuberculose, la malaria et d'autres maladies décrites ci-haut avaient été traités en tant que troubles médicaux à partir du moment où ils étaient décelés, mais dans d'autres domaines, les forces armées de la période d'après-guerre faisaient leur entrée dans un monde de politique de santé différent et plutôt nébuleux, particulièrement lorsqu'il s'est agi de s'occuper de l'abus d'alcool ou d'autres

17. *Ibid.*, p. 3-4.

drogues. Au début des années 1960, on commençait à regarder d'un autre œil ce qui avait été considéré comme un problème disciplinaire pendant la Deuxième Guerre mondiale. En octobre 1961, par exemple, le sous-ministre E. B. Armstrong fit savoir au Comité des directeurs du personnel que « les programmes d'éducation relatifs à l'alcoolisme ont été mis en place dans certains ministères, dans le but d'identifier et d'aider les fonctionnaires qui ont des problèmes liés à l'alcool. La Fondation de recherche sur l'alcoolisme est activement intéressée par de tels programmes dans les secteurs d'activité et les services gouvernementaux... En envisageant de mettre en place un programme pour ce ministère, il n'est nullement question de donner l'impression que nous avons un grand nombre d'alcooliques mais plutôt que l'on devrait venir en aide dès que possible à un employé qui aurait un tel problème... L'expérience précédente avec les employés civils qui ont des problèmes d'alcool montre que la plupart d'entre eux ne demandent une aide qu'après que leur situation se sera détériorée à un point tel que toute tentative de réhabilitation devient quasiment sans espoir. Ces cas de longue date débouchent sur une inefficacité, un absentéisme fréquent, des difficultés familiales et, finalement, la révocation du service du gouvernement. » De ce fait, il proposa que le MDN adopte un programme analogue à celui en vigueur parmi les fonctionnaires[18]. Le Comité des directeurs du personnel répondit que « les forces armées soutiennent vigoureusement cette proposition[19] ».

En septembre 1963, la position officielle du ministère sur cette question était claire. Un projet d'ordre interarmées a proclamé, en effet, que « la politique du ministère de la Défense nationale concernant l'alcoolisme est de le traiter en tant que problème de santé[20] ». En fait, une partie d'un rapport sur un exercice naval appelé *Maple Spring*, mené en 1966 et dont il sera question ultérieurement, nota, sous le titre « le Groupe AA », qu'un « groupe actif de neuf ou dix membres tenait des réunions régulières et se révélait être d'un soutien considérable pour un ou deux cas d'infirmerie qui avaient des problèmes d'alcool[21] ». (Parallèlement à ce problème d'alcool, il serait intéressant de faire état d'une soumission du médecin-chef T. B. McLean au Comité des directeurs du personnel, dans laquelle il « attirait l'attention du Comité sur les exigences de la campagne anticigarette ciblée sur les membres des forces armées canadiennes ». Il recommandait l'établissement d'un programme, qui

18. ANC, RG 24, 83-84/167, boîte 7719, 20-1-1, pt 21, E. B. Armstrong, DM, to PMC, 27 Oct 61.
19. ANC, RG 24, 83-84/167, boîte 7719, 20-1-1, pt 21, PMC 16 Nov 61.
20. ANC, RG 24, 83-84/167, boîte 7720, 20-1-1, pt 27, Draft Tri-service Order, Alcoholism, 4 Sep 63.
21. ANC, RG 24, 83-84/167, boîte 7825, 2-6100-1, pt 1, G/C-I-H. Barclay, Reg Surgeon Atlantic, to SG, 25 Apr 66.

Un patient se fait examiner à bord du navire *St-Laurent*, 1957. CWC, SL 328

« n'occasionnerait pas de dépenses supplémentaires parce qu'il ferait partie de l'entraînement normal, et le recours à un matériel d'instruction comprenant des films, des brochures et des affiches, disponibles sans frais auprès de différentes sources[22]. » Il sera question de tout cela dans un prochain chapitre.)

L'accoutumance est un état chronique, mais lorsqu'il fallait traiter des maux aigus (et des blessures), les forces armées avaient besoin de bien plus que des programmes — il leur fallait s'assurer que les procédures d'évacuation étaient correctes. Comme le médecin-chef K. A Hunter le souligna en 1959, pour ce qui touchait une station en particulier, « l'Armée assurera des soins médicaux adéquats à Alert Bay », le point de peuplement le plus au nord du globe, « où on prévoit avoir plus de 95 membres du personnel dans un proche avenir. Cela dépend totalement de la disponibilité des moyens d'évacuation des cas d'Alert, sachant qu'on estime que le fait d'avoir des installations médicales élaborées dans un avant-poste aussi isolé où se trouve une si petite population à risque n'est pas faisable. » L'Armée proposa de conclure un accord formel avec l'US Air Force pour évacuer les patients à Thule, dans le Groenland, où les Américains avaient un hôpital bien équipé. Le médecin-chef estima toutefois qu'une telle approche n'était pas nécessaire et recommanda que l'ARC assume la responsabilité, ajoutant que « l'on devrait solliciter l'aide de l'USAF uniquement en cas d'urgence ou lorsque d'autres raisons empêchent l'Aviation de conduire l'opération[23] ».

22. ANC, RG 24, 83-84/167, boîte 7720, 20-1-1, pt 27, Surg RAdm T. B. McLean, SG, Supporting Data for PMC, 5 Sep 63.
23. ANC, RG 24, 83-84/167, boîte 7719, 20-1-1, pt 15, MGen K. A. Hunter, SG, Supporting Data for Personnel Members Ctee, 14 Sep 59.

Une évacuation par hélicoptère. CIPC, IPN 2224

En un sens, un navire en mer pourrait être aussi isolé qu'une station éloignée sur la terre ferme, mais sachant que les vaisseaux de la MRC opéraient habituellement en escadrons, et avaient souvent accès à un porte-avions (le NCSM *Bonaventure* avait rempli ce rôle pour un certain temps), l'évacuation des malades et blessés ne nécessitait pas le genre de planification et de négociations typiques d'endroits comme Alert. Dans son rapport sur l'exercice *Maple Spring* de 1966, le colonel d'aviation I. H. Barclay, médecin-chef pour l'Atlantique, rapporta que, *stricto sensu*, il n'y eut pas d'évacuation sanitaire lors de ces manœuvres. Cependant, quinze patients avaient été « rapatriés » pour raisons médicales, treize grâce aux installations du service et deux par vol commercial. Parmi les raisons de ces transferts figurent des cas de réaction phobique, de dépression nerveuse, d'une dislocation récurrente d'une épaule, de problèmes chroniques de poitrine, d'une hépatite, d'une fracture ouverte du pouce, d'un déréglage interne de l'articulation du genou (plus particulièrement du genou gauche), de doigts broyés, une dépression situationnelle et un lumbago chronique. De plus, un « cas de brûlure du NCSM *Antigonish* et un cas de colique néphrétique du NCSM [*sic*, en fait HMS pour *Her Majesty's Ship*] *Acheron* ont été laissés dans la Barbade. Un cas d'appendicite perforante du NCSM *Stettler* a été laissé à Mexico en janvier. Les deux cas hospitalisés à la Barbade étaient des cas d'urgence qui se sont produits à un moment où le *Bonaventure* était hors de portée pour un transfert par hélicoptère[24]. »

Généralement parlant, « le nombre des cas renvoyés au Canada lors de l'exercice *Maple Spring* était environ le même que celui qui fut retourné de la croisière du groupe opérationnel 301.0 pendant l'automne de 1965, soit quinze… par voie de conséquence, pour chaque croisière, le nombre des cas renvoyés pour raisons médicales aurait pu faire le plein de l'infirmerie du *Bonaventure*. Il y avait 30 à 35 autres admissions à l'infirmerie, dont on s'est occupé en mer. Juste avant l'arrivée à Halifax, au terme de la croisière, quatorze patients se trouvaient à l'infirmerie ;

24. ANC, RG 24, 83 84/167, boîte 7825, 2-6100-1, pt 1, G/C I. H. Barclay, Reg Surgeon Atlantic, to SG, 25 Apr 66.

quatre d'entre eux étaient des cas postopératoires... La leçon de l'expérience de deux croisières de dix semaines chacune sur le *Bonaventure* est que, afin d'utiliser au mieux l'infirmerie, à titre d'installation hospitalière en mer, pour 3000 ou 4000 membres du personnel, il est obligatoire d'évacuer ceux qui, malades ou blessés, souffriront d'un handicap prolongé[25]. »

Cela n'a pas toutefois facilité les choses. L'ordre médical 35.01 des Forces canadiennes, qui traitait de « l'évacuation aéromédicale », ne mentionnait « aucune directive portant sur l'évacuation de cas de navires en mer. L'ordre en question abordait longuement l'évacuation de cas basés à terre dans le cadre d'une opération aéromédicale tactique et stratégique avancée. Il ne faisait état, même pas une seule fois, d'une quelconque procédure ou directive pour les malades et blessés en mer. » Le paragraphe nº 3 de cet ordre statuait que « toutes les demandes d'évacuation aéromédicale non prévues par le présent ordre seront transmises directement au Quartier général des Forces canadiennes et au médecin-chef, pour leur action. » Plus loin, le paragraphe nº 18 « Rapatriement pour raisons médicales » ajoutait que « l'évacuation aéromédicale sera réservée aux membres du personnel qui ont besoin de soins médicaux en vol et doivent être hospitalisés sur-le-champ dès leur arrivée au Canada. Le transport du personnel rapatrié pour raisons médicales mais ne nécessitant pas une évacuation aéromédicale tel que défini plus haut sera effectué par les canaux normaux du service. » Toutefois, « l'expérience du médecin-chef lors de deux croisières sur le *Bonaventure* montre que plusieurs cas nécessitant un "rapatriement pour raisons médicales" interviennent là où "les canaux normaux du service" dans le domaine du transport sont inexistants et lorsque les longs délais sur le chemin de retour risquent de provoquer d'importantes difficultés sur le navire et de se répercuter sur l'utilisation de l'infirmerie du *Bonaventure*[26]... » La principale question, de ce fait, résidait dans la capacité de l'infirmerie et non point dans la gravité de la maladie ou de la blessure.

Aux questions de la prévention (telle que celle consistant à compter les mouches noires) et de l'évacuation (Alert représentant un défi singulier), on peut ajouter celle du traitement, mais plutôt que de répéter ce qui a été déjà examiné dans de précédents chapitres, ou d'annoncer ce qui figurera dans la suite de ce récit, il suffit de dire que le défi revêtait des formes diverses. Par exemple, en discutant du service de la psychologie, le Comité médical interarmes indiqua qu'en temps de paix « de tels cas psychiatriques nécessitant des soins infirmiers spécialisés, alors qu'ils sont dans les services, sont transférés pour traitement dans les

25. *Ibid.*
26. *Ibid.*

installations du ministère des Anciens Combattants, qui disposent de services de traitement psychiatrique[27] », se déchargeant ainsi de cette responsabilité sur un autre ministère. Il en était de même pour la grossesse. En 1960, le médecin-chef T. B. McLean et son équipe préparèrent un rapport visant « à définir une politique en ce qui concerne la libération du personnel féminin en cas de grossesse ». Il nota « qu'il n'y a pas de politique définitive dans la Marine et dans l'Armée pour ce qui est de la libération des femmes officiers du Service médical des Forces canadiennes lorsqu'elles sont enceintes ; chaque cas est traité sur une base individuelle. L'Aviation, et aussi le service WREN (personnel féminin de la marine), prévoient la libération de toutes les femmes en cas de grossesse. Étant donné qu'il est souhaitable de libérer toutes les femmes membres du SMFC en cas de grossesse et d'avoir une politique définitive à cet égard, le SMFC est intéressé par une standardisation de la procédure au sein du SMFC et estime, en même temps, que cette politique devrait être appliquée à tout le personnel féminin des Forces canadiennes[28]. » Le Comité des directeurs du personnel était d'accord, pourvu que l'adjudant général donne, lui aussi, son approbation ; selon les mœurs de l'époque, une femme ne pouvait être à la fois mère et membre des forces armées.

Ainsi, les opérations médicales au sein des armes combattantes étaient aussi variées que celles dans la société canadienne dans son ensemble, présentant sans doute un plus grand défi (peu de fournisseurs de soins de santé au Canada ayant à traiter la malaria, par exemple). Un excellent exemple de la routine mensuelle dans ce cadre pouvait être trouvé auprès de la région militaire de l'ouest au début des années 1960, après l'officialisation définitive de l'unification des branches médicales. Le colonel K. J. Coates, médecin militaire du Commandement, indiqua en février 1960 « que les occurrences ont dépassé la normale dans la région militaire de l'ouest au cours de janvier 1960, le personnel dans toutes les unités restant occupé ». Par exemple, « le médecin-chef a visité Fort Churchill en compagnie de l'équipe du chef d'état-major général les 24 et 25 janvier 1960 ». De plus, « on a effectué une vérification de la section de comptabilité de l'hôpital militaire de Fort Churchill », alors que « le Capt J. Clark, diététicien, visitait Fort Churchill entre le 26 et le 29 janvier 1960 et donnait des conseils alimentaires utiles au personnel ». Et encore, « la question des soins médicaux aux professeurs d'école et aux civils au Camp Shilo a été de nouveau soulevée ». Un autre

27. ANC, RG 24, 83-84/167, boîte 7718, 20-1-1, pt 7, Brig K. A. Hunter, Chair ISMC, to Sec PMC, 30 Mar 55.
28. ANC, RG 24, 83-84/167, boîte 7719, 20-1-1, pt 19, Surg RAdm T. B. McLean, SG, Supporting Data for PMC, 4 Aug 60.

point : « des plans sont en cours pour que l'ARC utilise davantage les installations de l'hôpital militaire de Winnipeg. Cela est perçu comme devant maintenir la capacité de l'hôpital militaire de Winnipeg proche de son point culminant et accélérer le retour des patients de l'ARC. » Comme le lecteur l'aura relevé, les défis administratifs ne manquaient pas et « le registraire militaire à l'hôpital Deer Lodge a soumis à l'attention du médecin-chef un sujet… les membres du personnel sollicitent l'admission à l'hôpital un jour avant leur libération, sans aucune forme d'identification médicale », laissant très peu de temps pour achever les formalités nécessaires avant leur réintégration de la vie civile. « Ils viennent de différentes régions du Canada et, dans la plupart des cas, leurs ISM 17 [une des nombreuses formules indispensables pour les forces armées] ne se trouvent pas à Winnipeg », où le personnel en voie de démobilisation se présentait. Les procédures avaient besoin d'être resserrées[29].

Un an plus tard, c'était encore la même chose, « le mois de janvier 1961 ayant été occupé dans la majorité des installations médicales du commandement. L'état des lits et les admissions ont bien dépassé la moyenne pour cette période de l'année. Churchill a battu son propre record, atteignant 90 patients hospitalisés le 1er février 1961. » L'une des conséquences fut « beaucoup d'insatisfaction… apparente à l'hôpital militaire de Fort Churchill. Plusieurs facteurs contribuèrent à cet état de choses, comme le manque de personnel, les conditions de vie déplorables, le climat et le tempérament des individus. On a besoin de manière urgente d'un nouvel hôpital et de nouveaux logements pour femmes officiers, mais un personnel adéquat reste l'exigence la plus immédiate. » L'un des problèmes était que « les logements actuels des infirmières à Fort Churchill ne sont pas satisfaisants. La majorité des infirmières sont logées dans les quartiers pour infirmières à l'hôpital, mais le reste est logé dans les quartiers pour femmes près du mess. Cela complique considérablement la question de l'administration, de la discipline et du contrôle[30] », bien que reste sans réponse la question de connaître la raison pour laquelle ces officiers commissionnés devaient être contrôlés.

Un autre défi était constitué par le fait que « les Amérindiens et les Inuits demandaient et prenaient trop de lits et de soins dans un hôpital de traitement général. Il y avait plus de 40 de ces patients à l'hôpital militaire de Fort Churchill à la fin du mois. On estime que 10 à 15 d'entre eux auraient pu être libérés s'ils pouvaient rentrer dans des maisons convenables, où la nourriture nécessaire pouvait leur être assurée. Il ressort

29 ANC, RG 24, 83-84/167, boîte 7851, 6160-875/5, Pt 1, Col K. J. Coates, Comd MO Western Comd, to DGMS, 10 Feb 60.

30 ANC, RG 24, 83-84/167, boîte 7851, 6160-875/5, Pt 1, Monthly Progress Report, Jan 61.

des documents qu'ils étaient de nouveau admis peu après leur libération, pour le même problème de santé qui avait déjà été traité… Par conséquent, c'est faire preuve de bienveillance, et c'est dans leur propre intérêt, que de les garder et de les traiter jusqu'à ce qu'ils soient plus ou moins capables de se débrouiller seuls sur les plaines et dans la toundra. Une bonne famille d'accueil ou un foyer assurés par le Service de santé du Nord serait la réponse au problème. » Pour résoudre cette difficulté ainsi que d'autres, « dans la sélection pour le remplacement de l'actuel officier commandant, hôpital militaire de Fort Churchill, un examen attentif doit viser à trouver un administrateur à la fois ferme, expérimenté et ayant le sens de la diplomatie. L'aspect professionnel est loin d'être la seule et unique exigence et n'est certainement pas l'assise primordiale à long terme. Une équipe travaillant sans problèmes est absolument nécessaire. Il ne s'agit pas de l'affectation pour une prima donna ou d'une personne peu habituée au dur labeur dans des conditions défavorables. » Sur un autre sujet, le rapport nota « qu'une étude complète des rayons X à Regina a été réalisée », « l'intégration des services médicaux en Colombie-Britannique avance de manière satisfaisante », et « la rénovation de la SEM [Salle d'Examen médical] à Whitehorse progresse bien[31] ».

Clairement, les praticiens médicaux militaires au Canada, sans se soucier de leurs attributions, ne se trouvaient pas dans une position leur permettant de refuser de procurer des soins aux civils. Richard Foulkes, par exemple, releva qu'entre août 1955 et août 1957, le détachement de l'ARC sur un terrain d'aviation près de Fort Nelson, en Colombie-Britannique, disposait d'une section médicale censée s'occuper d'environ 350 membres de l'Aviation, aussi bien que de leurs familles. En fait, cependant, elle « prit soin des besoins urgents d'une population estimée à 3500 personnes en résidence permanente dans la région, en plus de 1000 travailleurs de passage dans l'arrière-pays. Soixante-dix pour cent des patients admis et de ceux vus dans le cabinet étaient des civils autres que les personnes à charge. » Au cours de l'année 1956, 60 enfants ont été mis au monde par la section, où ont été réalisées dix opérations chirurgicales majeures, « ainsi que des douzaines de procédures chirurgicales mineures et de pose de plâtres ». Il ne pouvait en être autrement, étant donné que la santé du personnel de l'ARC et du personnel militaire ne pouvait être séparée de celle de la communauté dans son ensemble ; par exemple, « l'éternelle menace de fièvre typhoïde et d'autres sérieuses maladies épidémiques, imposait que le personnel médical garde un œil vigilant sur plus d'un aspect de la vie civile », et, Foulkes aurait pu ajouter, intervenir quand cela est nécessaire. Le résultat fut la

31 *Ibid.*

croissance de la section médicale à un point tel que, lorsque l'ARC transféra ses responsabilités relatives au terrain d'aviation au ministère des Transports en 1958, son installation de santé devint l'hôpital Fort Nelson[32].

John Keith Besley pratiqua la médecine, à cette époque, au sein des forces armées et devint colonel. Commissionné en 1949, il servit en Corée en tant que médecin militaire de bataillon, avant d'être affecté, pour deux ans, à Québec, puis de suivre trois ans d'études de chirurgie à Toronto et d'être affecté en Europe. De retour au Canada et après avoir poursuivi son éducation, il fut envoyé « au seul poste isolé restant pour y être un chirurgien à plein temps — l'hôpital général de Whitehorse dans le Territoire du Yukon. Il était le chirurgien en chef et le médecin principal pour le Northwest Highway System (NWHS). Cela s'avéra être une des affectations les plus passionnantes de sa carrière. » Ses responsabilités étaient, à coup sûr, universelles « le major Besley s'occupant de tout le personnel militaire et de leurs familles, assurant des services chirurgicaux aux Autochtones et autres habitants du Yukon. Procurer des services chirurgicaux aux Autochtones se révéla parfois un véritable problème, tandis que les conditions de vie dans ce territoire s'accompagnaient de plusieurs problèmes chirurgicaux intéressants. Chaque matin amenait des cas nouveaux et souvent différents qu'il fallait traiter, allant d'opérations à crâne ouvert et à poitrine ouverte, aux arrêts cardiaques, hystérectomies et césariennes. Keith s'estimait être le dernier des vrais chirurgiens généralistes connus dans le Corps médical de l'Armée royale canadienne. » Pour le moins qu'on puisse dire, les conditions représentaient un défi, « [l'autoroute du] Yukon s'étirant du mille zéro en Alberta à plus de 1200 milles à la frontière de l'Alaska. C'était un chemin de gravier poussiéreux en été, couvert de neige et dangereux en hiver. Il y avait malgré tout des réparations de la route, afin de pallier les emportements par les eaux et les glissements de terrain. L'affectation constituait un défi », mais tout n'était pas boulot, car « la région était passionnante et belle, offrant la meilleure pêche, le meilleur camping, et la meilleure chasse[33] ».

En Europe, entre-temps, à la fin des années 1950 et au début des années 1960, la présence de l'Armée canadienne et de l'ARC était, en fait, devenue un prolongement de la société canadienne dans son ensemble, de telle façon que le défi médical en Allemagne était très similaire à ceux examinés plus haut — bien qu'avec une différence importante, à savoir la présence d'un ennemi potentiel. Amedeus Charles

32. R. G. Foulkes, « Medics in the North », *Medical Services Journal Canada*, July-August, 1962, p. 524-538, October, 1962, p. 676, November, 1962, p. 750.
33. Harold M. Wright, *op. cit.*, p. 165.

King, ancien combattant de la Deuxième Guerre mondiale, qui devint commis de l'ARC en temps de paix et qui fut affecté à l'hôpital de Baden-Soellingen de 1959 à 1963, pouvait témoigner de l'atmosphère dans laquelle travaillaient les praticiens médicaux. Les quatre années passées dans le théâtre des opérations « étaient les plus stressantes, mais aussi les plus agréables de la carrière du sergent King. Le stress d'avoir une famille vivant dans un village allemand, sans communication téléphonique, d'avoir à vivre sur une base en isolement pendant les "exercices" (*on n'était jamais vraiment sûr s'il s'agissait ou non d'un exercice*), la charge de travail découlant des soins médicaux qu'il fallait prodiguer aux militaires aussi bien qu'à leurs familles dans un hôpital de station pourvu en personnel uniquement sur la base de la population militaire, tout ce qui précède a contribué à créer un niveau de stress élevé. La camaraderie des collègues (*la différence entre officiers et militaires du rang était virtuellement inexistante après les heures de travail*) suscitait une atmosphère sociale de soutien et de collaboration mutuels, qui rendait la vie relativement agréable. De surcroît, c'était une expérience d'apprentissage sans pareil. Certaines situations, apparues en l'absence de l'officier d'administration de l'hôpital, nécessitèrent qu'un sergent junior commis-chef fouille dans les ouvrages pour trouver les réponses appropriées[34] », accentuant encore plus le flou dans la distinction entre les officiers et les autres grades.

Dans toute discussion sur les opérations médicales au sein des forces armées, aux expériences des hôpitaux, des stations, et d'autres installations qui, de plusieurs façons, reflétaient les institutions civiles, il faudrait ajouter celles des unités d'ambulances de campagne qui, à plusieurs égards, étaient bien différentes. En septembre 1960, par exemple, la 4e Ambulance de campagne, basée à l'époque au Camp Borden, soumit un rapport d'étape mensuel qui peut être considéré comme assez typique. L'un des événements qui méritent d'être mentionnés était le fait que « suivant la fin de la concentration d'été [une concentration consiste en la réunion, pour un certain temps, des unités diverses des Forces] du 2 GBIC au Camp Petawawa et conformément à la directive d'instruction pour unités de campagne, la plupart des unités de personnel partit en congé annuel. L'unité opéra avec des effectifs réduits dans chaque service. » Des démarches de routine comprenaient l'affectation du capitaine J. E. P. Couture à un hôpital à partir du 13 août « sur instructions de la région militaire du centre », et la présence d'un adjoint médical de l'unité pour le Camp d'instruction des cadets à Blackdown Park (au Camp Borden), le camp des cadets à Ipperwash, le camp militaire Meaford et l'hôpital militaire de Toronto ; de plus, huit soldats ont été détachés

34 *Ibid.*, p. 251

de l'unité pour les tâches du service général au sein du SMFC. De surcroît, des rapports confidentiels ont été établis sur tous les caporaux de l'ambulance de campagne et de la 2e Section médicale aéroportée, et une ambulance jeep a été prêtée à la 9e Compagnie du Corps royal de l'intendance de l'Armée canadienne pour une utilisation temporaire au champ de tir de Connaught, où se tenait une compétition d'armes légères[35].

Le rapport contenait au moins une note amère, se plaignant « qu'en ce moment, la 4e Ambulance de campagne traverse une phase plutôt difficile, en ce qui concerne le personnel ». Les postes vacants touchent deux médecins militaires (du rang de capitaine), un lieutenant pharmacien, deux sergents adjoints médicaux, un caporal commis magasinier, un caporal adjoint médical, trois caporaux pour le service général, trois soldats adjoints médicaux, un soldat commis magasinier, dix-neuf soldats pour le service général, six conducteurs et deux soldats commis. Parmi les autres problèmes de personnel figuraient deux personnes qui, sans aucun doute, seraient affectées hors de l'unité pour leur manque d'aptitude aux tâches du champ de bataille, et « toute cette situation fera que la 4e Ambulance de campagne opérera avec une pénurie prévue de 50 membres du personnel ». Et, comme pour aggraver une situation déjà mauvaise, « durant la période du 1er septembre au 31 mars, tout effort possible sera fait pour faire suivre au personnel un cours de formation professionnelle et de formation en cours d'emploi, afin d'améliorer les soldes des gens de métier. Cela, ainsi que les démonstrations, créeront une situation quasiment impossible, si des initiatives ne sont pas prises pour combler certains postes vacants dans l'unité... » Le plus grand casse-tête, sans doute, était le personnel du quartier-maître (ou QM) qui lui manquait un caporal et deux soldats, sur un total d'effectifs de deux caporaux et de trois soldats. Par conséquent, il avait moins que la moitié de ses effectifs totaux, et « avec un personnel aussi affaibli, il est impossible d'opérer aussi efficacement qu'on l'aurait souhaité, ou de planifier l'instruction individuelle comme les cours visant à hausser au niveau de commis magasinier Groupe 3[36] ».

Plus d'un an plus tard, il ne semble pas qu'il y ait eu beaucoup d'amélioration. Ainsi, l'officier commandant la 4e Ambulance de campagne, le lieutenant-colonel W. A. Reed, se plaignit en décembre 1961 que « la salle des rapports et le quartier-maître sont toujours désavantagés dans leur travail vu la pénurie de personnel. Des efforts sont déployés pour une formation en cours d'emploi, en vue de faire suivre à ces membres

35. ANC, RG 24, 83-84/167, boîte 7850, 2-6160-801/4, Lt-Col D. H. M. Hall, CO 4 Fd Amb, to DGMS, 1 Sep 60.
36. *Ibid.*

du personnel les cours qui seront disponibles dans le domaine de commis magasinier et de commis de l'admin[istration][37]. » Une année plus tard, Reed fit état d'un genre différent de difficultés personnelles, en rapportant que « sept membres du personnel de la 4e Ambulance de campagne ont été impliqués dans des troubles civils à Alliston, en Ontario, le 3 octobre 1962 à 00 h 15. Des citations à comparaître ont été émises et ces personnes comparaîtront devant la cour le 7 novembre 1962... Deux de ces personnes étaient censées se rendre au Moyen-Orient le 28 octobre 1962, mais ont été enlevées du contingent, en attendant l'issue de cette action juridique. Le quartier-général du Camp Borden a été informé qu'elles seront disponibles après le 7 novembre 1962[38]. » C'était donc un défi personnel sur plusieurs fronts que de parvenir à faire face aux obligations de l'unité.

Pour les médecins militaires de l'ARC, les opérations d'appui pouvaient parfois poser des défis différents de ceux auxquels avaient affaire leurs collègues de l'Armée. Vers la fin de 1964, par exemple, le commandant d'aviation I. H. Anderson, médecin de l'air de la 1re Division aérienne en Europe, se trouva dans une situation où il essayait de convaincre des supérieurs qu'un problème existait parmi les pilotes des Starfighter CF104 équipés d'ogives nucléaires, qui passaient de longues heures en état de disponibilité opérationnelle, afin de pouvoir riposter à une frappe nucléaire soviétique ou une invasion. Selon son analyse, de telles périodes longues suscitaient beaucoup de stress, « et on peut s'attendre à un taux de 25 cas de fatigue par 100 membres d'équipage au cours des deux prochaines années » si la situation demeurait stable, mais « si cette situation se détériore (avec une augmentation de la disponibilité opérationnelle, par exemple), on peut s'attendre à un taux plus élevé ». De manière intéressante, « si la situation internationale se détériore, une amélioration pourra être enregistrée au sein de cette particulière population de membres d'équipage », peut-être parce que des renforts réduiraient la charge de travail individuelle. Pour ce qui est des 25 pour cent qui sont censés souffrir entre-temps de fatigue : « Il y aura plus de 4 aéronefs pour 100 membres d'équipage perdus, à cause de la fatigue au cours des deux prochaines années, en raison de la nature de l'aéronef et de son rôle[39]. »

Comme preuve, Anderson raconta que depuis le mois de juin 1964, date du début d'application de l'actuelle charge de travail, « deux acci-

37. ANC, RG 24, 83-84/167, boîte 7850, 2-6160-801/4, LCol W. A. Reed, CO 4 Fd Amb, to Comd MO, HQ Central Comd, 1 Dec 61.
38. ANC, RG 24, 83-84/167, boîte 7850, 2-6160-801/4, LCol W. A. Reed, CO 4 Fd Amb, to Comd CO, 5 Nov 62.
39. ANC, RG 24, 83-84/167, boîte 7849, 2-6160-1, S/L I. H. Anderson, Regional Flight Surgeon 1 Air Div Aviation Med U, to CO Institute of Aviation Med, 12 Nov 64.

dents mortels [ont eu lieu] dans lesquels la fatigue constituait certainement un facteur. Un troisième est probable mais incertain. La Division aérienne a perdu un pilote du fait du stress particulier et un autre est toujours opérationnel mais le pronostic n'est pas bon. Des réactions au stress ont été observées chez six membres d'équipage, mais il est possible de les laisser poursuivre leur travail habituel sous une surveillance accrue. Les chiffres ci-dessus s'appliquent seulement à environ cinquante pilotes de CF104 de la 3e Escadre, évalués pendant une année. La 4e Escadre n'a pas de médecin de l'air à plein temps et des chiffres comparatifs ne peuvent être obtenus. »

La Division comprenait d'autres unités, bien que « les escadrons de la reconnaissance photographique à la 1re Escadre n'aient pas été pris en considération, sachant que des facteurs liés à l'environnement de travail jouaient en leur faveur et qu'ils n'étaient pas exposés aux difficultés du SRR et suivant. » Le SRR était le Secteur de riposte rapide, où les aéronefs équipés d'ogives nucléaires étaient gardés en état de disponibilité opérationnelle. « On prévoit que l'apparition de la fatigue sera retardée dans ce groupe. » Il y avait encore du temps pour mettre au point des solutions, à partir du moment où « en ce qui concerne la situation présente, l'observateur ne peut détecter de signe évident de moral anormalement bas à l'heure actuelle, et il y a raison d'espérer que cet état de choses se poursuivra jusqu'en février ou mars 1965. Cependant, on prévoit qu'une augmentation des réactions à la fatigue interviendra après cette date. » Finalement, « le facteur le plus important pour la prévention (et la guérison prématurée) des états de fatigue statique est la reconnaissance, à la fois personnelle et publique. Les suggestions présentées ci-bas visent à assurer cette reconnaissance, directement ou indirectement, et à établir des normes de rendement auxquelles peut aspirer l'individu. » Ses recommandations prévoyaient limiter la durée du service à trois ans ou moins, de limiter les vols opérationnels, de mettre l'accent sur l'aspect dissuasif des opérations de la formation, de mettre en place un centre de loisirs où les pilotes et leurs épouses pouvaient avoir cinq jours de vacances deux fois par an, de lancer une campagne de relations publiques qui mettrait en valeur une image réaliste des efforts de la Division aérienne, et de porter attention à des détails tels que la nourriture[40].

Cependant, les efforts du commandant d'aviation ne suscitèrent pas le genre d'attention méritée. Le colonel d'aviation J. C. Wickett, de la direction des sciences biologiques, par exemple, estimait qu'Anderson pouvait être préoccupé outre-mesure. « Le rapport d'Anderson est très faiblement verbalisé, à moins qu'il [Anderson] ne soit exceptionnellement recherché dans son utilisation du mot fatigue, ce dont je doute.

40 *Ibid.*

Nous avons l'impression qu'il a dramatisé… Il est généralement perçu comme étant une personne très compétente en médecine aéronautique, ce qui fait que, probablement, il existe un problème. Le temps de vol mensuel moyen dans la Division aérienne est de 17,5 heures, ce qui n'est pas assez pour rester au fait d'un aéronef comme le 104. Ne pensez pas qu'on devrait appuyer la création d'un centre de loisirs (ils continueraient à parler boutique), mais recommander une multiplication des diverses activités tant qu'on est sur une station d'alerte. » Après tout, il était ouvert à de futures recherches et, sans prendre partie sur les questions posées, il est quand même clair que l'on ne pouvait pas qualifier les opérations de l'ARC en temps de paix comme étant détendues[41].

Il était également clair que la routine des opérations médicales dans la Marine ne présentait pas un défi moindre que celui posé dans les autres armes combattantes. Tout comme l'ARC, la MRC avait ses propres chirurgiens de l'air, bien que les rapports établis par le lieutenant J. G. Gowette du NCSM *Bonaventure* semblent avoir provoqué bien moins de controverse que les recommandations du commandant d'aviation Anderson en Allemagne. Par exemple, vers la fin de 1965, l'officier de marine participait et était un témoin d'une croisière dans le nord de l'Atlantique qui dura de septembre à novembre. C'était « une période chargée et intéressante du point de vue d'un médecin de l'air », bien qu'heureusement il n'y eut pas d'écrasement d'avions. « Aucun membre d'équipage ne fut empêché de sortir pendant la croisière et aucun changement n'était requis pour les catégories de vol. » Il s'agissait d'un ensemble de circonstances apparemment destinées à rendre la croisière du chirurgien de l'air aussi agréable que possible. En général, il « consacrait un temps considérable aux soins médicaux de l'équipage. La plus grande partie de ces pratiques avait lieu pendant les heures de travail normales de l'infirmerie. Toutefois, plusieurs personnes étaient vues pendant le temps libre en raison de leurs engagements de vol. » Les examens médicaux, cependant, posaient un problème « en raison du manque d'installations de laboratoires spéciales sur le navire. D'une manière générale, pour tout membre d'équipage du navire qui nécessitait de tels examens, le travail de laboratoire s'effectuait dans un hôpital du port actuellement visité. » Il reste que, « à la suite des incidents des quatre aéronefs… les pilotes ont été immédiatement vus par le chirurgien de l'air et examiné de manière exhaustive, pour évaluer tout facteur médical qui aurait pu contribuer à ces incidents. Aucun problème médical n'a été décelé dans les quatre cas[42]. »

41 ANC, RG 24, 83-84/167, boîte 7849, 2-6160-1, G/C J. C. Wickett, D Bioscience, to DSG (PTS), 12 Jan 65.

42 ANC, RG 24, 83-84/167, boîte 7849, 2-6160-1, S/L J. H. Anderson, Regional Flight Surgeon 1 Air Div Aviation Med U, to CO Institute of Aviation Med, 12 Nov 64.

Pour ce qui est généralement des opérations, « ma politique à bord du NCSM *Bonaventure* est d'être présent au Contrôle aérien lors des périodes de lancement et de retour. Cela nécessitait beaucoup de temps, de jour comme de nuit. Plus particulièrement, durant ces Opérations prolongées, lorsque ces périodes intervenaient toutes les quatre heures plusieurs jours à la file, la charge de travail était lourde… Pendant ce temps-là, au Contrôle aérien, je pouvais observer le rendement des pilotes de première main pendant le difficile processus d'atterrissage. Le fait que les pilotes savaient que je me trouvais au Contrôle aérien paraissait avoir amélioré mes relations avec eux, et ils s'exprimaient avec plus d'empressement au sujet de leurs problèmes lorsque ceux-ci se posaient[43]. » Le bon docteur en savait quelque chose. Charles H. Brown, pilote sur un porte-avion, qui écrira plus tard une histoire de telles opérations, notera « qu'un atterrissage de nuit sur un porte-avion restait une expérience stressante pour les pilotes de combat des porte-avions. Les psychologues de l'air de l'école aéromédicale de la Marine ont mené une expérience pendant la guerre du Viêt-nam, dans laquelle les chirurgiens de l'air plaçaient des détecteurs cardiaques sur un certain nombre d'aviateurs de porte-avions au combat. Les résultats de ces tests ont montré que toutes les phases des opérations nocturnes d'un porte-avion, y compris le besoin d'être prêt à l'heure, le tir de catapulte, et l'atterrissage, produisaient davantage de stress que le plus dur des combats[44]. »

En restant attaché, par conséquent, à une tradition remontant aux années 1930, le chirurgien de l'air Gowette participa à des vols totalisant treize heures, y compris « le vol de 350 milles pour l'évacuation par hélicoptère de trois chauffeurs gravement brûlés du NCSM *Nipigon*. Cette évacuation par les airs s'accompagnait de tous les problèmes d'une urgence en mer », telle que « l'évaluation initiale à bord du *Nipigon* », le « transfert par hélicoptère sur le *Bonaventure* », le « traitement initial — i.v., morphine, antibiotiques et anatoxine de tétanos », « l'évacuation par air avec traitement continu », « un traitement intérimaire en Angleterre », et « la poursuite du voyage vers l'hôpital du RAF à Haslar ». Lors d'un autre incident, « deux jours avant notre arrivée à Halifax, notre navire reçut un appel… du sous-marin *Acheron* demandant une aide médicale. Le patient concerné était sujet depuis trois jours à des douleurs abdominales accompagnées de vomissements. Après que je fus transféré sur le sous-marin par hélicoptère pour une première évaluation du cas, une évacuation par air vers le *Bonaventure* fut organisée en utilisant l'hélicoptère de sauvetage du *Bonaventure*. Ce transfert a été mené dans des conditions très difficiles, en raison du vent

43. *Ibid.*
44. Charles H. Brown, *Dark Sky, Black Sea : Aircraft Carrier Night and All-Weather Operations*, Annapolis, 1999, p. 186.

et de l'état de la mer… Au moment où ces lignes sont écrites, le patient est l'objet d'un examen qui sera complété à l'arrivée à Halifax[45]. »

Les travaux divers consistaient à donner des conférences, notamment sur « la préservation de l'ouïe et les MTS », qui sont en fait deux thèmes différents, bien qu'il « fût difficile de dégager du temps libre pour donner des conférences, à cause de la nature des opérations » qui, visiblement, étaient assez intenses. Gowette « était capable de préparer des réunions sur la sécurité des vols à bord du *Bonaventure*. Cela fut fait afin de favoriser davantage la sécurité des vols et de donner aux personnes concernées la chance de discuter de leurs problèmes. » Par la suite, le médecin de l'air ajouta « qu'en raison de la nature des opérations sur le porte-avions, la préservation de l'ouïe était un programme continu. L'instruction des gens sur ce sujet se fit par affiches, conférences et conversations privées. Les observations de ces personnes effectuées par leurs supérieurs permettaient de s'assurer qu'elles portaient leurs dispositifs de protection… Le programme de préservation de l'ouïe à bord du *Bonaventure* marqua certains points dans la lutte contre le problème du grand bruit sur le navire, mais il reste encore beaucoup à faire. » À tout prendre, il est difficile de ne pas être d'accord avec l'exposé de synthèse du médecin de l'air sur la croisière, son rapport estimant « qu'en raison des opérations à bord du *Bonaventure*, il y a plein de travail pour le médecin de l'air. Ses efforts devraient être orientés vers la compréhension de ses membres d'équipage et des problèmes particuliers du vol sur les porte-avions. De cette façon, une situation potentiellement dangereuse peut être reconnue et rectifiée avant l'apparition de complications plus sérieuses[46]. »

Médicalement, toutefois, le porte-avions *Bonaventure* était unique, tandis que le navire ravitailleur, le deuxième plus grand navire de la flotte canadienne, offrait des services médicaux plus limités. Un navire de cette classe était le *Provider*, que le commandant de l'escadre L. A. Gazley, à l'époque médecin principal sur le porte-avions, inspecta vers la fin de 1965. « Deux problèmes principaux sur le navire affectant les installations médicales sont (a) le logement des officiers et (b) l'aire d'entreposage », écrivit-il au médecin-chef de l'Atlantique, bien que l'officier commandant le navire ait projeté d'effectuer des changements. Un autre problème était que la documentation relative au navire, étant donné les circonstances de l'époque, était inexacte, « le présent cadre de référence de l'engagement opérationnel du *Provider* contient l'indication selon laquelle il y a "huit couchettes" à l'infirmerie. Cela n'est pas

45. ANC, RG 24, 83-84/167, boîte 7850, 2-6160-3, Lt J. G. Gowette, Flt Surg, Flight Surgeon's Report North Atlantic Cruise, September to November 1965, nd.
46. *Ibid.*

exact. Il y a deux couchettes dans le service des contagieux et quatre dans la section générale. La couchette n° 5 qui se trouve à l'infirmerie est utilisée en tant que couchette de l'officier du bord et n'est pas disponible pour l'installation médicale en raison de la pénurie de logements sur le *Provider*. » Par conséquent, « en ce qui a trait, dans une perspective à long terme, à l'utilisation future du *Provider* comme une plus grande installation médicale pour la flotte, on estime que… l'espace existant ne permet pas une expansion », et « l'installation d'une machine de Rayons X et d'une chambre de développement surpeuplerait l'espace présentement disponible[47] ». Le médecin-chef de l'Atlantique, le colonel d'aviation I. H. Barclay, n'était pas tout à fait d'accord[48], mais il était clair que les installations médicales à bord du *Bonaventure* étaient les meilleures que la MRC avait sur mer.

Ainsi se présentait l'état des choses lorsque le porte-avions et les vaisseaux accompagnateurs (pour un total d'un porte-avions, six destroyers, deux frégates, un navire atelier, et deux sous-marins, avec 4000 membres du personnel) firent leur chemin en direction de l'Amérique du Sud, pour une croisière, de janvier à mars 1966. Gowette, qui était toujours le médecin de l'air, rapporta que « pendant la croisière, le temps était excellent pour effectuer des vols et, conséquemment, c'était une période chargée pour le médecin de l'air du navire », avec un total de 3076 heures de vol. « Durant cette période, il n'y eut pas d'accidents et seulement cinq incidents », ces derniers mineurs sur le pont d'envol ou dans le hangar. Généralement, comme on pouvait s'y attendre, « un temps considérable fut consacré aux soins médicaux généraux prodigués à l'équipage du navire et à celui des avions. Il y avait un véritable problème de gastro-entérite pendant cette croisière, à un tel point qu'à 60 différentes occasions, un membre de l'équipage de l'aéronef a dû être interdit de vol. Lors de six différentes occasions, un aéronef a dû écourter sa mission parce qu'un membre de l'équipage avait la nausée, vomissait ou était pris par des crampes ou avait une diarrhée. Deux membres de l'équipage ont souffert de colique néphrétique accompagnée d'urolithiase » ou calculs urinaires. « Ces personnes étaient temporairement interdites de vol jusqu'à ce que disparaissent les symptômes et que se clarifie l'urine… Elles ont subi de nouvelles analyses d'urine pendant la suite de la croisière. Des études ultérieures furent organisées lors du retour à Halifax. Tôt dans la croisière, il était nécessaire de garder au sol trois membres de l'équipage pour leur refus de voler.

47 ANC, RG 24, 83 84-167, boîte 7850, 2 6160-3, W/C J. A. Gidley, PMO Bonaventure, to Regional Surgeon Atlantic (etc.), 10 Dec 65.

48 ANC, RG 24, 83 84-167, boîte 7850, 2 6160-3, G/C I. H. Barclay, Regional Surgeon Atlantic, to SG, 15 Dec 65.

Chaque fois, le cas fut évalué et, en coordination avec le commandant d'escadre concerné, ces personnes sont revenues chez elles à Shearwater pour une interview par la Commission de l'air[49]. » C'était plutôt de la routine, bien que la mort d'un officier âgé de 44 ans, foudroyé par une attaque cardiaque dans son bureau[50], ait dû donner à réfléchir à ceux qui étaient à mi-chemin de leur carrière.

Un autre sujet de réflexion était peut-être les « études environnementales », telle que celle menée avec l'aide de l'officier marinier E. C. McLeod et au cours de laquelle « des évaluations des niveaux de bruit ont été conduites sur la plate-forme de l'officier de signalisation à l'appontage lors du retour de l'aéronef. Bien que l'on ait estimé au départ que le bruit était dangereux, il a été trouvé, à quatre différentes occasions, qu'il se situait dans une fourchette de 90-100 dB — bien en deçà des limites fixées dans l'OSMFC 40.01, paragraphe 15. » Toutefois, « on releva le manque d'adaptation des actuels atténuateurs de bruit portés par le personnel du pont d'envol. Une note de service fut envoyée au Commandant (Air) concernant ce problème, en vue de le porter éventuellement à l'attention du capitaine pour son rapport sur le programme de préservation de l'ouïe du navire… Grâce à des films, des affiches et des conférences, on a mené un programme continu d'éducation sur la préservation de l'ouïe. » Dans le même ordre d'idées, « on relevait les températures trois fois par jour pendant la croisière, dans des secteurs témoins, où les équipages d'aéronef et le personnel de piste vivaient et travaillaient. Les températures étaient consignées en forme de graphe et remises au commandant d'aviation D. Soper, pour l'aider dans son étude sur l'habitabilité à bord du *Bonaventure*. Il indiqua que ces graphes lui seraient utiles à cause des relevés effectués à long terme. En gros, il ressortait de ces graphes que les personnes concernées vivaient et travaillaient dans des secteurs où la température se situait entre 87 et 89 °F, jour et nuit, sans grand changement de température pendant la période de 24 heures. » Le médecin de l'air donna également des conférences sur des sujets comme les MTS, la désorientation et le vertige[51].

L'exercice, appelé *Maple Spring*, était un événement annuel et, sans nul doute, d'une ampleur telle qu'il fallait garder en alerte les services d'appui comme les chirurgiens du navire. « La revue des malades atteignait une moyenne d'environ 80 par jour. Le jour le plus chargé fut le

49 ANC, RG 24, 83 84/167, boîte 7825, 2 6100-1, pt 1, Surg Lt G. J. Gouvette, Flight Surgeon's Report on South American Cruise, January to March 1966, 23 Mar 66.

50 ANC, RG 24, 83 84/167, boîte 7825, 2 6100-1, pt 1, G/C J. H. Barclay, Reg Surgeon Atlantic, to SG, 25 Apr 66.

51 ANC, RG 24, 83 84/167, boîte 7825, 2 6100-1, pt 1, Surg Lt G. J. Gouvette, Flight Surgeon's Report on South American Cruise, January to March 1966, 23 Mar 66.

10 mars, quand 193 cas ont été vus ou traités ; 62 d'entre eux étaient traités pour une diarrhée… Le total des procédures de laboratoire menées sur le *Bonaventure* était d'environ 340, et quelques 400 radiographies ont été prises… Il y avait 20 malades hospitalisés pendant l'exercice pour un total de 400 jours d'hôpital. » Les installations médicales étaient, en fait, très occupées, et « on a trouvé que dix malades ou plus hospitalisés à l'infirmerie provoquaient un surpeuplement des lieux. L'examen et le traitement des patients des couchettes supérieures étaient extrêmement difficiles et, en réalité, souvent impossibles. Pour les neuf couchettes inférieures de l'infirmerie, on a tenté de les garder occupées par des patients nécessitant des examens ou des traitements fréquents. Le déplacement fréquent des patients était quand même nécessaire pour examiner ou traiter les patients des couchettes supérieures dans d'autres sections de l'infirmerie. Il fallait aussi jongler fréquemment avec les patients, comme le jeu des chaises musicales (lits médicaux en l'occurrence) pour maintenir un niveau élevé d'occupation des lits tout en continuant à procurer des soins médicaux raisonnablement bons et sûrs. » Bien plus, « il n'y a pas d'espace disponible à l'infirmerie pour les plateaux-repas, tables d'appui, sommiers etc. qui constituent l'équipement standard des sections d'hôpitaux à terre. Il n'y a pas de bassin hygiénique ou de stérilisateur d'urine. Le réglage des appareils de traction avec des poids et des poulies, qui est facilement fait à terre, devient un problème majeur dans une infirmerie encombrée. Le matériel intraveineux empiète sur l'espace disponible pour pouvoir parvenir au patient du lit inférieur, l'examiner et le traiter, et nécessite l'utilisation d'un escabeau pour le patient de la couchette supérieure soumis à une thérapie i.v.[52]. »

Manifestement, « le fait de déterminer l'amplitude des soins à administrer devient, dans de telles conditions, une affaire de bon jugement. C'est, en effet, une expérience difficile de maintenir en mer un taux d'occupation élevé des lits, équivalent à 15 ou 20 lits d'hôpital à terre. En cas de nécessité, cela peut être fait pendant un temps assez limité. Les dangers toujours présents d'une infection croisée dans un espace si encombré pourraient très probablement se manifester après une utilisation prolongée. Il serait difficile, sinon impossible, de maintenir une qualité satisfaisante des soins prodigués aux patients des couchettes supérieures. La salle d'opérations serait utilisée de façon abusive et peu sûre pour les soins chirurgicaux indiqués de tous les cas nécessitant une intervention chirurgicale sur une période prolongée des opérations en mer. » Cela n'était pas tout, et « une alimentation convenable devient

52 ANC, RG 24, 83 84/167, boîte 7825, 2 6100-1, pt 1, G/C-1-H. Barclay, Reg Surgeon Atlantic, to SG, 25 Apr 66.

difficile en l'absence de cuisine diététique indépendante. Le rationnement des provisions d'eau fraîche en mer, particulièrement pendant les longues opérations dans les eaux chaudes, créerait une situation sérieuse non seulement pour les patients hospitalisés mais aussi pour toute l'infirmerie, notamment la salle d'opérations, où l'utilisation des lumières est obligatoire et fait hausser la température à des niveaux très élevés. » Des installations plus sophistiquées s'imposaient pour des soins de santé appropriés, et « afin d'assurer une utilisation optimale des infirmeries en mer durant tout exercice prolongé en eaux chaudes, un système de climatisation efficace est essentiel. Dans tout théâtre d'opérations, toutefois, des moyens efficaces et adéquats pour une évacuation par air des patients à long terme vers les établissements à terre seraient cruciaux pour maintenir un taux d'occupation élevé avec des cas à court terme, et pour assurer un haut niveau de récupération pour les blessés et les cas sérieux. En bref, une infirmerie en mer devrait être réservée aux soins à court terme et procurer des soins d'urgence initiaux aux blessés. Il faudrait mettre au point, avec le concours des opérations maritimes, un système fiable d'évacuation médicale par air[53] », une question qui avait été posée précédemment, comme nous l'avons déjà vu.

Ainsi en était-il de la chaleur, qui avait été un thème de nombreuses discussions depuis la décision, prise lors de la Deuxième Guerre mondiale, d'envoyer des navires sur le théâtre du Pacifique. Se basant en partie sur les études de Gowette, le colonel d'aviation I. H. Barclay, le médecin-chef pour l'Atlantique, rapporta « qu'en raison de la chaleur et de l'humidité, entre le 15 janvier et le 15 février environ, dans les eaux chaudes du Gulf Stream dans le nord, jusqu'à Rio de Janeiro au sud, il y avait une période d'acclimatation qui, pour beaucoup, était fatigante et désagréable. Des températures de 100 °F et plus étaient fréquentes sur les postes d'équipage, dans les cuisines, les cafétérias, l'infirmerie et le carré des officiers. Dans les zones des appareils propulsifs du navire sur le *Bonaventure*, des températures encore plus élevées ont été relevées. Sur les parquets des espaces de contrôle des moteurs, une température de 120 °F se maintint pendant le premier mois de la croisière. Pendant cette période, nombre d'officiers et d'hommes n'arrivaient pas à trouver le sommeil. Des places de couchage sur les ponts supérieurs, le pont des chaînes, la plage arrière, et sur le pont d'envol lorsqu'il n'y avait pas de vols, permettaient aux travailleurs de jour d'avoir quelque sommeil la nuit. Les travailleurs de nuit, cependant, ne pouvaient pas dormir de jour en plein air, et ont énormément pâti de l'incapacité de dormir dans les cabines chaudes et sur les postes d'équipage. » Assister

53 ANC, RG 24, 83-84/167, boîte 7825, 2-6100-1, pt 1, G/C I. H. Barclay, Reg Surgeon Atlantic, to SG, 25 Apr 66.

à des films « signifiait qu'il fallait s'asseoir et tremper dans sa propre sueur ». De même, « se mettre au lit dans la plupart des dortoirs, était synonyme de nuit blanche sur des couvertures et des oreillers imbibés par la transpiration[54]. »

Il est clair que l'air climatisé aurait pu être utile, et « on estime qu'il faudrait examiner les effets délétères sur la santé, et de là l'efficacité opérationnelle, de plusieurs membres essentiels du personnel de la flotte canadienne, affectés à la GASM [guerre anti-sous-marine]. Sur un porte-avions, il faudrait, sans équivoque, que le personnel soit éminemment efficace, aussi bien les membres d'équipage que le personnel non navigant. Les officiers et les hommes ont besoin de dormir suffisamment, afin d'être bien reposés et de rester en bonne santé. Des appareils d'air climatisé pourraient, et devraient résolument être installés dans les locaux de couchage et les cantines du *Bonaventure* qui, sur ce navire, sont également des zones habitables et espaces de récréation. Par là, elles sont occupées et utilisées pour plusieurs heures, alors que ce ne serait pas le cas à terre, jour après jour. Pendant que le *Bonaventure* est en chantier de réarmement, il faudrait saisir cette occasion pour installer l'air climatisé dans les zones habitables et les cantines[55]. »

Les défis posés par les températures élevées sous les tropiques devaient être pris au sérieux, et bien qu'il n'y eût pas eu de cas d'insolation et d'irritation due à la chaleur suffisament sévères pour entraîner des pertes en temps de travail, « il y eut plusieurs cas de colique rénale, probablement dus en partie à la déshydratation… Une seule situation d'épuisement par la chaleur s'est produite après une courte période de travail difficile dans la chambre de catapulte à vapeur dans la section 5H du Bonaventure. Il faisait alors environ 130 °F. L'homme s'effondra sur le pont et fut conduit à l'infirmerie, où il se rétablit après quelques heures de repos. À l'infirmerie, il faisait alors 78 °F, qui était la température moyenne, mesurée à la méthode du thermomètre sec tandis que fonctionnait la climatisation. Il y eut quelques cas bénins d'épuisement par la chaleur, suivis par un rapide rétablissement après un repos à l'infirmerie. » « Pendant la période d'acclimatation, pendant les trois ou quatre premières semaines de la croisière, plusieurs membres du personnel étaient fatigués, anorexiques ou légèrement déshydratés. Le personnel reçut des milliers de comprimés de sodium, alors que plusieurs gallons de fluides supplémentaires ont été distribués au personnel travaillant dans des endroits aussi chauds que les espaces machine, les coqueries et sur le pont d'envol[56]. » Telle fut la dernière mention de cette affaire par Barclay.

54. *Ibid.*
55. *Ibid.*
56. *Ibid.*

Bien plus, pour un exercice de quelques jours, la MRC devait faire face à des défis tels que l'hygiène et la désinfection. L'exercice *Maple Spring* ne faisait pas exception. Au moins, « le problème des blattes sur le *Bonaventure* paraît être extrêmement bien contrôlé depuis l'acquisition et l'utilisation d'arroseuses sous pression à la suite de la croisière de l'automne 1965. Arroser chaque 10 ou 14 jours, en dégageant les blattes mortes et leurs sacs d'œufs du navire, fut très efficace. » D'un autre côté, « le besoin de s'en tenir à une douche par jour et par personne en vue de conserver l'eau fraîche pour d'autres utilisations a probablement multiplié le nombre des infections cutanées, bien plus que celui déjà vu lors de la croisière de l'automne dans un climat plus froid. Cela pourrait devenir un problème sérieux lors d'opérations prolongées dans les eaux chaudes si le rationnement de l'eau devait empêcher l'utilisation de l'eau fraîche adéquate pour l'hygiène personnelle, particulièrement pour les gens de métier travaillant dans les espaces machine, sur les aéronefs et les autres machines, et qui sont exposés à la saleté, la graisse et l'huile. On rapporta qu'un grand nombre des membres l'équipage du sous-marin *Acheron* était sous traitement pour des éruptions cutanées infectées et d'autres lésions cutanées. Sur le *Bonaventure*, plusieurs admissions à l'infirmerie ont été enregistrées, pour traitement d'infections cutanées, y compris de fortes cellulites [infection du tissu cellulaire sous-cutané], furonculose [un état caractérisé par l'existence de plusieurs furoncles], des furoncles et un anthrax[57]. »

Les conditions générales affectant l'être humain de l'extérieur peuvent avoir un impact sur ce qui se passe à l'intérieur, et « après avoir quitté Salvador, au Brésil, 340 cas de diarrhée étaient traités à l'infirmerie. Le navire quitta Salvador le 6 mars. L'épidémie a atteint son apogée le 10 mars, avec 62 cas traités. Elle diminua graduellement d'intensité et, le 19 mars, seuls 6 cas furent traités. » Ensuite, « après avoir quitté San Juan de Puerto Rico le 21 mars, le nombre des cas de diarrhée, qui était de 4 ce jour-là, atteignit 41 le 23 mars, chutant abruptement à 3 le 24. Une équipe épidémiologique américaine effectua une étude au début de mars et rapporta qu'elle n'avait pas isolé un virus ou une bactérie comme cause de l'épidémie. Le traitement avec du Kaopectate et de l'élixir parégorique fut parfaitement satisfaisant. Sur le *Bonaventure*, tous les stocks de Kaopectate et d'élixir parégorique ont été utilisés sur le chemin de Salvador. On a trouvé que le Sulphasuxidine ou Sulphaguanadine [des composés ayant des propriétés antibactériennes] avec un régime de fluides et une table antispasmodique donnaient des résultats rapides pour le contrôle de la diarrhée et des crampes abdominales[58]. »

57. *Ibid.*
58. *Ibid.*

Finalement, sous ce que Barclay appela « Cas d'intérêt », on pouvait ajouter MTS et chirurgie. Pour ce qui est des premières, le colonel d'aviation indiqua qu'environ 15,5 pour cent de l'équipage du *Bonaventure* a été infecté. Pour la chirurgie, il donna bien plus de détails, notant « qu'une anesthésie générale fut nécessaire en mer pour quatre cas, dont la réduction d'un genou bloqué… la réduction d'une épaule disloquée, une appendicectomie et le drainage des abcès intra-abdominaux à la suite de l'ablation d'un appendice perforé à Rio de Janeiro. Ce dernier patient a été traité à l'infirmerie du 12 février au 25 mars pour un écoulement persistant. » Les congés à terre présentaient leurs propres risques, et « il y avait quelques cas de blessures superficielles par couteau ou des blessures par casse de bouteille, qui ont été traitées par débridement et occlusion sous anesthésie locale. Une BPB [Blessure par balle] fut traitée par débridement, drainage et occlusion différée, mais sans extraire la balle qui s'était logée derrière l'articulation gauche de la jambe. Ce cas est resté à l'infirmerie du 3 au 25 mars. » En définitive, « plus de 100 procédures chirurgicales mineures ont été menées, dont le drainage d'abcès, l'extraction d'une pièce d'acier d'un œil avec réparation d'une paupière inférieure déchirée, une excision biopsie de lésions cutanées, une greffe cutanée d'un doigt blessé, ainsi qu'arranger des doigts mutilés avec de petites fractures d'os, la mise de plâtres et leur enlèvement par la suite, une ou deux PIV [intraveineuse], l'aspiration d'une articulation du genou enflée, une catarsie de l'hématome scrotal [sang coagulé], une suture de plaies de vasectomie et une suture de plusieurs plaies contuses[59]. »

Le chirurgien ne pouvait mener à bien son travail sans aide, et « c'était un bienfait inappréciable pour l'infirmerie du *Bonaventure* d'avoir un anesthésiste à temps partiel sur le navire. Le chirurgien lieutenant Gowette administra quatre anesthésies générales pendant la croisière et le fit bien dans tous les cas. » Clairement, « afin de traiter les cas d'urgence en mer, il semble nécessaire d'avoir un chirurgien et un anesthésiste à temps partiel sur le *Bonaventure*. La combinaison d'un médecin de l'air, d'un praticien généraliste, d'un anesthésiste et d'un chirurgien sera toujours importante pour assurer de bons soins d'urgence pour les blessés et accomplir les autres tâches sur le porte-avions. » Bien plus, « la présence d'un médecin militaire dans chaque escadron voyageant indépendamment paraît être aussi un idéal. Lors de l'exercice *Maple Spring* 66, le médecin lieutenant Paul Mahoney effectua une partie du voyage dans CANCORTRON 3 [escadron d'escorte canadien 3], puis se rendit à CANCORTRON 1 à Buenos Aires, pour être avec cet

59 *Ibid.*

escadron lorsqu'il se sépara du *Bonaventure*. Les médecins militaires du *Bonaventure* étaient disponibles lorsqu'ils étaient requis par l'escadron accompagnateur qui n'avait pas de médecin militaire[60]. »

Barclay nota également « qu'il était extrêmement appréciable pour le chirurgien sur le *Bonaventure* que le chirurgien lieutenant Tye, le médecin militaire de la 22e Division d'escorte canadienne, « était disponible pour aider dans une laparotomie chez l'un de ses patients, alors que l'adjoint médical de faction dans la salle d'opérations s'acquitta parfaitement de la tâche d'infirmier en service interne », alors qu'un adjoint médical en service général « était en mesure d'accomplir les tâches d'un infirmier volant », ce qui revient à dire un infirmier (ou infirmière) disponible pour le service partout dans l'institution. Toutefois, il y avait toujours des problèmes à résoudre « car il y a un problème de logement pour les médecins militaires de l'escadron dans les DDE [destroyers d'escorte], les DPH [destroyers porteurs d'hélicoptères] et les frégates. Sachant que ces médecins militaires sont habituellement des officiers subalternes, on leur donne des logements disponibles après que des officiers plus hauts gradés du navire sont logés. On estime qu'un effort doit être entrepris pour améliorer le logement des médecins militaires dans les escadrons, si cela est possible. En dépit de leur rang subalterne, peut-être qu'un programme de mise en valeur pourrait être formulé et appliqué avec succès. Pour rendre justice à tous, cependant, un seul chirurgien lieutenant a mentionné la question de prestige et de piètres logements[61]. » La nature du travail était, sans doute, plus importante que tout statut.

Un autre domaine, où un médecin de marine appréciait l'aide, était celui du transport. Bien que nous ayons déjà vu comment l'évacuation d'un exercice ou d'une opération, menés par l'Armée ou la Marine, pouvaient être grandement facilitée par des installations medevac, les aéronefs pouvaient être également utiles pour faire face à des questions médicales plutôt de routine. Selon Barclay, « comme lors de la croisière de 1965, on a beaucoup utilisé l'hélicoptère de réserve pour des services médicaux en mer. Des transferts de médecins militaires furent souvent effectués du *Bonaventure* à d'autres navires et au sous-marin *Acheron*, pour achever les programmes d'immunisation, examiner des patients et les amener à bord du *Bonaventure* ». Par exemple, « une fois, un transfert combiné hélicoptère-destroyer a été effectué. L'hélicoptère partant du *Bonaventure* au *Nipigon* atterrit, puis se rendit sur le *Stettler* et prit un médecin militaire, un adjoint médical et le patient, ensuite il retourna au *Nipigon*. Lorsque le *Nipigon* fut proche du *Bonaventure*, l'hélico-

60. *Ibid.*
61. *Ibid.*

ptère décolla du *Nipigon* et se posa sur le *Bonaventure*. Le patient fut opéré sur le *Bonaventure*. Il souffrait d'une appendicite aiguë. Le patient fut retourné à son propre escadron à Buenos Aires par COD [c'est-à-dire un aéronef rapidement et facilement utilisable] de Montevideo[62]. »

De plus, « l'aéronef COD a été utilisé plusieurs fois pour transporter des patients. Une fois, de Montevideo à Buenos Aires, le médecin militaire principal se déplaça en tant qu'officier accompagnateur pour trois cas qui étaient renvoyés en convalescence sur leurs propres navires après traitement sur le *Bonaventure*. Un cas était une appendicectomie post-opératoire mentionnée ci-haut, un deuxième une lacération profonde d'une jambe avec une artère tibiale postérieure sectionnée, et le dernier, un marin de grande taille avec un prolapsus d'un disque intervertébral aux niveaux L4-L5, soit entre les quatrième et cinquième vertèbres. » Par conséquent, « l'hélicoptère de sauvetage et l'aéronef COD sont des avions de soutien de très grande valeur pour l'activité médicale dans la flotte. Les membres d'équipage de ces deux aéronefs doivent être félicités pour leurs aptitudes et leur coopération dans tous les vols impliquant des cas médicaux[63]. » En fait, au sein de l'Armée et de la Marine, les plaintes au sujet des services medevac étaient rarissimes, à tel point que je n'ai pu en trouver un seul exemple.

Alors que la branche médicale soutenait les trois armes dans une grande variété d'exercices de routine et d'opérations, elle se prépara tout aussi bien pour une guerre totale, une guerre au cours de laquelle les armes nucléaires pourraient jouer un rôle dominant. La perspective était impressionnante, pour le moins qu'on puisse dire, et durant les premières années de la Guerre froide, les forces armées ont essayé de limiter l'ampleur de leurs responsabilités. Après tout, leurs ressources elles-mêmes étaient limitées. Ainsi, en 1950, le chef d'état-major général, le général Charles Foulkes, publia un exposé de principes restreignant la participation du MDN dans la défense civile à trois domaines principaux : aider les autorités civiles à établir des plans, assurer la sécurité et assurer des réserves mobiles pour un rôle secondaire. Cette dernière hypothèse implique effectuer la reconnaissance de régions endommagées, aider à dégager les décombres, mener les opérations élémentaires de sauvetage, aider à rétablir les communications et les services publics, traiter et évacuer les victimes, avec le concours des services médicaux civils, aider dans l'évacuation des sans-abri et dans la distribution de la nourriture et de l'eau[64]. Aussi limité qu'il avait pu être, ce rôle constituait malgré tout un défi important.

62. *Ibid.*
63. *Ibid.*
64. ANC, RG 29, v.654, C102-3-2B, Charles Foulkes, CGS, Canadian Army Policy Statement n° 65 (DMO & P) Participation of the Armed Forces in Civil Defence, 27 Sep 50.

Il ne se passa pas beaucoup de temps avant que les autorités de la défense civile (qui étaient composées de civils, à la différence du personnel militaire) ne commencent à organiser des tests et des exercices, pour déterminer les moyens d'action suivant une éventuelle attaque nucléaire. Selon une circulaire d'opération et de formation de la défense civile, deux types de manœuvres seraient menés, l'une fédérale et l'autre provinciale, avec au moins quatre de ces dernières planifiées pour 1951. Le scénario de base reposait sur « une attaque atomique sur des zones cibles ayant des caractéristiques différentes, telle qu'une grande région métropolitaine, un port maritime et des régions plus petites. Les problèmes posés seraient tels que le maintien de l'ordre et le respect de la loi, y compris les problèmes de circulation ; la défense contre les incendies de grande envergure sur des surfaces de plusieurs kilomètres carrés ; un grand nombre de victimes devant être hospitalisées, un grand nombre de personnes devenues sans abri ; des problèmes de remise en état, tels que le dégagement des débris, la réparation des services publics, les transports, etc. » Encore une fois, un défi et pas des moindres[65].

Les forces armées participèrent rapidement aux efforts visant à assurer du matériel pour l'entraînement et les opérations éventuelles. À cet effet, un comité interministériel sur les provisions d'urgence a été mis sur pied. Composé de représentants du ministère de la Santé nationale et du Bien-Être social (organisme principalement responsable de la défense civile), du directeur général du Service médical, du ministère des Anciens combattants, et de l'Aviation royale du Canada, le comité indiqua, lors d'une réunion en février 1952, « qu'un équipement pour l'entraînement était nécessaire pour les stations de premiers soins à travers le Canada — 226 à 250 en nombre. » De surcroît, « des fournitures médicales pour cent stations opérationnelles de premiers soins... devraient être assurées sur-le-champ et stockées dans des bases régionales. » Tout aussi bien, « des hôpitaux improvisés, 50 unités de ce type, chacune capable de prendre soin de 1000 victimes, doivent recevoir des provisions médicales... Ces provisions médicales devant être emmagasinées sur une base régionale. » La responsabilité des forces armées à cet égard devint évidente quand « le président attira l'attention sur le fait que le magasin de fournitures médicales du MDN s'engagera à procurer tous les articles présentés par les Services de santé de la protection civile, y compris des couvertures et des civières. Tous les articles de l'équipement médical satisferaient les normes fixées par les forces armées[66]. »

65. ANC, RG 29, v.659, 106-2-1, Civil Defence Training and Operational Circular n° 1/51, 28 Mar 55.
66. ANC, RG 24, 83-84/167, boîte 7718, 20-1-1, pt 4, W. L. Coke, Chair Inter-Departmental Committee on Emergency Supplies, Minutes of the 3rd Meeting, 8 Feb 52.

Au milieu des années 1950, l'engagement des forces armées, bien qu'hésitant, avait dépassé le cadre de la logistique et de l'approvisionnement, et les branches médicales se préparaient à tenir un rôle véritablement très actif dans ce qui sera connu sous l'appellation d'opérations de « Survie nationale ». Quand, en 1955, le DGSM annonça la tenue d'un prochain exercice, appelé *Medical Broad Sword*, son premier objectif était de poursuivre le rôle de la branche médicale, autrement dit « d'examiner l'aide médicale nécessaire dans un Corps, en situation de défense ou en situation d'attaque, dans une guerre au cours de laquelle sont utilisées des armes nucléaires. » Le second objectif, relativement nouveau, était « d'étudier le recours au Corps médical de l'Armée royale canadienne dans un commandement lors d'une catastrophe civile de grande envergure. » Pour la bonne marche de l'exercice, ce double rôle fut divisé en trois problèmes spécifiques, le premier étant « le plan médical pour un Corps déployé dans le but de faire face à une attaque nucléaire ». Pour le deuxième problème, les commandants et les officiers d'état-major se pencheraient sur « les mesures médicales pour un Corps afin de traiter un grand nombre de blessés atteints instantanément lors d'une attaque au cours de laquelle les deux protagonistes utilisent des armes nucléaires. » Pour le troisième problème, ils examineraient « l'action qui doit être entreprise par le médecin militaire du commandement, région militaire du centre, suivant une attaque nucléaire sur Toronto[67] », la région militaire du centre étant, en effet, responsable de la plus grande partie de la province de l'Ontario.

De telles études conduisirent à l'établissement d'une doctrine qui devrait guider les unités de la Survie nationale en cas d'attaque nucléaire, à sa tête le Corps de défense mobile (CDM) et ses bataillons de sauvetage. Il était clair que certaines des bases de ses procédures découlaient du travail effectué pendant le bombardement de Londres et des campagnes similaires durant la Deuxième Guerre mondiale, bien que les responsables des politiques ne furent pas forcément disposés à se prévaloir de telles leçons sans y apporter des changements substantiels. Par exemple, « on estimait, au cours de la dernière guerre, qu'une section de sauvetage était capable d'opérer sans danger pendant quatre heures d'affilée tout au plus sans se reposer. Cela est inacceptable lors d'une catastrophe du type envisagé. On doit prendre des risques et l'on estime que des troupes fraîches pourraient rester à l'œuvre pendant un maximum de douze heures, puis par la suite à un rythme de huit heures de travail suivies par quatre heures de repos. On devrait se rendre compte que les troupes de sauvetage auront quelque repos lors du changement de tâches, de l'alimentation etc. » On doit admettre que bien des choses

67. ANC, RG 29, v.659, 106-2-1, DGMS to Worthington, CD Coord, 12 Jan 55.

relatives à la guerre atomique différaient des bombardements stratégiques dans le sens conventionnel, et « il est possible qu'une attaque nucléaire soit suivie d'une période au cours de laquelle les opérations de sauvetage en tant que telles (à savoir le dégagement des victimes des immeubles endommagés) ne seront possibles que d'une manière tout à fait limitée, du fait du niveau de la contamination radioactive dans les régions sévèrement atteintes. Toutes les forces disponibles devraient alors être concentrées sur l'évacuation des victimes des zones moins gravement endommagées de la périphérie extérieure[68]. »

Sans se soucier des conditions, les bataillons de sauvetage du CDM recevraient des instructions des autorités civiles, avec la recommandation que leurs tâches soient essentiellement confinées « à l'évacuation en grand nombres des victimes des grandes zones de dégâts », « l'évacuation rapide des victimes menacées par les incendies » et des « tâches spéciales telles que les grands blocs d'immeubles dans lesquels un nombre considérable de personnes sont enterrées — par exemple des blocs d'appartements, d'usines, ou de grands abris publics ». Au cœur de l'organisation du bataillon de sauvetage se trouvait la Compagnie d'ambulance, formée de trois pelotons, dont chacun « établirait un point de chargement des ambulances (PCA) ou en référerait à un point de chargement civil déjà existant. Idéalement, trois PCA seraient secondés par un Poste mobile de premiers soins civil. » Ainsi, « les victimes seraient récupérées des "endroits de sauvetage" aux PCA par des détachements de brancardiers. Ces détachements seront sous le contrôle des détachements de brancardiers de la Compagnie d'ambulance, si la compagnie travaille avec son propre bataillon. Sinon, cette partie de l'évacuation sera entièrement civile. Les brancardiers de la Section d'ambulance du CDM auront reçu une formation préalable en premiers soins avancés, et seront donc en mesure d'assurer éventuellement tous les premiers soins additionnels. » Aux points de chargement de l'ambulance, les patients seraient divisés en plusieurs catégories : ceux qui n'auraient pas besoin de traitement supplémentaire et pourraient être conduits dans des régions sûres, ceux qui nécessiteraient un léger traitement dans un poste mobile de premiers soins civil, ceux qui pourraient être directement envoyés à l'hôpital par ambulance, et ceux qui devraient immédiatement subir un traitement qualifié avant même d'être déplacés[69].

On devrait noter que la Compagnie d'ambulance du bataillon de sauvetage du CDM avait ses propres soutiens, chaque section ayant, en plus de ses six ambulances, « un commandant de section et cinq soldats

68. ANC, RG 29, v.654, 102-3-2, Operational and Deployment Procedures for the Rescue Battalions of the Mobile Defence Corps (Provisional), 22 Dec 55.
69. *Ibid.*

qui voyagent séparément dans un camion de 3 tonnes, contenant des civières de réserve. » Bien plus, « dans chaque bataillon de sauvetage du CDM, il y a un médecin militaire du Corps médical de l'Armée royale canadienne, un sergent et trois caporaux, qui voyageaient dans un camion… ce détachement constitue un Poste de secours régimentaire de bataillon (PSR), et forme une partie intégrale du bataillon. Sa principale fonction consiste à traiter médicalement le personnel du bataillon, et il doit rester auprès du poste de commandement du bataillon, prêt à se déployer dès que commencent les opérations de sauvetage… Le PSR pourrait prêter main forte en accueillant des victimes civiles locales pour traitement, si toutefois n'est pas remise en question sa fonction principale qui consiste à s'occuper du personnel militaire du bataillon[70]. »

Il n'en demeure pas moins que les opérations de sauvetage semblaient dépasser les capacités des bataillons de sauvetage. C'est du moins ce que pensait l'observateur d'un exercice de défense civile. Commentant une telle série de manœuvres appelées *Post Haste*, le brigadier H. E. Brown, du 2e Groupe-Brigade de l'Infanterie canadienne, releva, dans les aspects positifs, « qu'il était apparent que le système de défense civile porte-paquetage, dans lequel chaque homme porte une certaine quantité d'équipements, habilite les équipes etc., à entamer rapidement les opérations. » C'était à peu près tout ce qui l'avait impressionné, et « les véhicules, les équipements non utilisés, les postes de commandement de la compagnie etc., étaient tous "campés" dans des "zones à risque". On estime que les seules personnes qui devraient se trouver dans ces régions sont celles qui travaillent », car il ne serait pas compréhensible de laisser le personnel et le matériel se contaminer, sauf si cela est absolument nécessaire. Ajoutons à cela que « l'enregistrement des victimes paraissait retarder leur évacuation. Nous, dans la défense civile, nous enseignons ces procédures ; toutefois, face à la radioactivité et au grand nombre de victimes desquelles on doit s'occuper, il est douteux que nous puissions vraiment nous permettre d'enregistrer les gens et de retarder l'évacuation[71]. »

Pire, les techniques de sauvetage pouvaient être tout à fait dangereuses. Brown rapporta ainsi que « quelques sauveteurs attendaient des brancards plutôt que d'utiliser une porte ou des planches », « les normes relatives au fait d'attacher les victimes au brancard, notamment en les descendant des étages élevés, pourraient être améliorées », « très rarement étaient utilisés des crics pour relever des murs ou des planchers affaissés. Au lieu de cela, un temps précieux était perdu pour dégager

70. ANC, RG 29, v.659, 106-2-1, H.E. Brown Brig 2 CIBG to J. Wallace Canadian CD College, 10 Mar 59.
71. *Ibid.*

les décombres et ensuite couper les planchers », et « certaines méthodes de prise en charge des victimes auraient pu être améliorées, à savoir que tirer et traîner des victimes blessées ne conduit pas à leur rétablissement ». Pour ce qui est de l'organisation du travail, « en plusieurs occasions, les sauveteurs attendaient sans rien faire avant d'être sollicités, c'est-à-dire qu'ils attendaient au bas d'un immeuble pendant qu'une victime était traitée ou attachée sur un brancard. Ces hommes auraient pu faire autre chose en attendant[72]... » Il y avait là matière à réfléchir.

La conceptualisation et les essais se poursuivirent. Et bien que le résumé du Collège d'état-major de mai 1960 ait cité le cas de 13 000 patients traités par dix postes d'évacuation des blessés en une seule journée pendant la Première Guerre mondiale, pour montrer que le problème consistant à s'occuper d'un grand nombre de blessés n'était pas nouveau[73], le fait que des survivants d'une attaque nucléaire devaient être évacués des régions contaminées créa un niveau de complexité entièrement nouveau. En octobre 1961, des officiers d'état-major indiquèrent que ce qui fut appelé opérations de retour à l'ordre prévoyaient le déploiement « d'un élément de la milice d'une Compagnie médicale d'une Ambulance de campagne par groupe mobile de survie, soutenu par des détachements de bénévoles de la Brigade de l'Ambulance Saint-Jean... Au cours des deux derniers mois, il y a eu un examen exhaustif (*Delta Exercises*) des tâches et des tactiques à mettre au point en appliquant l'engagement, qui a révélé des imperfections de base dans le plan médical actuel. Il y a plusieurs questions qui posent des problèmes, mais la plupart dépendent de trois facteurs fondamentaux. » Premièrement, « le montant de personnel médical nécessaire pour s'occuper du grand nombre de victimes », deuxièmement, « le besoin d'assurer des installations dans lesquelles pourront être organisés le triage et le traitement », et finalement, « le besoin d'assurer et de gérer d'importants moyens de transport avec lesquels seraient évacuées les victimes[74] ».

Le problème était clair, « la Compagnie de milice médicale qui sera déployée dans le secteur ordinaire de toute grande ville cible comprend 10 médecins militaires et 124 autres membres du personnel. En prenant en considération le grand nombre de personnes sérieusement blessées et devant être traitées, on estime que cet effectif médical est totalement insuffisant pour accomplir cette tâche. Par exemple... pour le secteur sud-ouest d'Ottawa, en tenant compte du fait que 65 à 70 pour

72. ANC, RG 29, v.659, 106-2-1, H. E. Brown Brig 2 CIBG to J. Wallace Canadian CD College, 10 Mar 59.
73. G. W. L. Nicholson, *Seventy Years of Service : A History of the Royal Canadian Army Medical Corps*, Ottawa, 1977, p. 281.
74. ANC, RG 24, 83-84/167, boîte 7827, 2-6111-1, Pt 2, DMedPR, Extract of Appreciation on Direct Evacuation Medical Plan for Survival Operations, 18 Oct 61.

cent de la population est l'objet de mesures de sauvetage, estiment à 28 000, dont 17 000 gravement blessés, le nombre des victimes résultant d'une explosion au sol de 5 MT [mégatonnes]. » Exprimé d'une autre façon « si, pendant une période de 24 heures, un médecin est capable de trier et de donner des instructions à des adjoints sur le traitement de chaque cas et consacre seulement trois à cinq minutes à chaque victime, quelque 44 médecins, 88 infirmières et un millier de membres du personnel médical seraient nécessaires pour trier, traiter et aider au chargement et au déchargement des patients, si la totalité de la tâche devait être accomplie en 48 heures. » La Compagnie médicale aurait sinon besoin de 25 à 30 jours, juste pour mener à bien ses fonctions élémentaires[75].

Un pas vers une solution consisterait à diviser chaque peloton d'une colonne de rentrée en un groupe de sauvetage et un groupe de premiers soins, ce dernier devant trier les victimes en Priorité 1 (sérieux) et Priorité 2 (mineur). Il assurerait aussi un traitement « avec l'objectif d'alléger la souffrance et le trauma pendant l'évacuation ». Des réservistes qualifiés de l'infanterie pourraient être chargés des postes de premiers soins, et pourraient avancer pendant que les sauveteurs pénétreraient en profondeur dans la zone sinistrée. Ayant reçu un certain traitement élémentaire, les victimes pourraient être évacuées, les patients de Priorité 1 dépêchés dans des hôpitaux civils, situés à une distance de 50 à 75 milles de la ville cible et qui auraient déjà été organisés par la défense civile. « Si l'on prend pour exemple le secteur sud-ouest d'Ottawa, il serait possible d'assurer des lits dans des hôpitaux existants dans un rayon de 100 milles pour les 17 000 victimes de Priorité 1. » Ceux classés en Priorité 2 pourraient être logés dans des habitations privées et, en tenant compte des mœurs de cette époque, « un poste de soins infirmiers devrait être mis sur pied dans chaque ville, pour aider les maîtresses de maison dans cette tâche[76] ».

La référence aux maîtresses de maison n'était pas un rajout de dernière minute, sachant que le service de santé serait dans l'impossibilité de mener à lui seul des opérations de Survie nationale, et aurait besoin d'une aide substantielle de la part d'organismes civils, tels que l'Ambulance Saint-Jean, déjà mentionnée, ainsi que de la part d'individus. Le brigadier Morgan Smith, par exemple, recommanda « qu'on emploie autant de monde que possible pour aider dans le traitement hospitalier, dans les villes satellite, où les provinces établissent des hôpitaux d'urgence. Sans aucun doute, un grand nombre de personnes aideront dans ce rôle n'étant pas disponibles pour des déplacements vers des régions

75. *Ibid.*
76. *Ibid.*

plus éloignées, pour des raisons de santé, de famille, relatives à l'âge, ou pour d'autres raisons qui ne leur permettraient pas de voyager. » De plus, « un élément mobile devrait être entraîné, qui pourrait être disponible aux Colonnes mobiles de soutien, pour aider dans les premiers soins, le triage et la préparation pour le transport à l'hôpital. Cet élément pourrait et, en fait, devrait contenir certains éléments de la division féminine, non seulement pour aider et traiter les victimes féminines, mais principalement pour aider avec les jeunes enfants. » Finalement, « ceux qui sont entraînés et disponibles dans les villes cible devraient être disponibles pour deux catégories d'emploi ». D'abord, « si la ville cible n'est pas atteinte, ils devraient soit être préparés pour aider dans les soins mineurs dans les hôpitaux, si ce centre est utilisé en tant que zone d'accueil, ou déplacés avec les évacués pour aider à pourvoir les hôpitaux en personnel dans les sites d'évacuation ». Ensuite, « si la ville a subi des dommages, les survivants qui sont aptes au travail devraient se présenter à la Colonne mobile de soutien la plus proche. Nous ne devons pas négliger les hommes et les femmes ayant des responsabilités de famille et qui auraient d'abord le sentiment qu'ils devraient se rendre avec leurs familles sur les sites d'évacuation mais, en même temps, seraient disponibles pour devenir un complément soit à la Colonne mobile de soutien soit alors aux hôpitaux fixes dans les villes satellite[77]. »

Il y avait ainsi nombre de facteurs à envisager en ce qui concernait les opérations de Survie nationale au début des années 1960, un dossier aussi simple que les lieux où on devait placer les morts nécessitant recherche et prévoyance substantielles. Comme le colonel R. D. Barron le dit en juillet 1960, « le principe même que l'enterrement des décédés dans les opérations de survie n'est pas une responsabilité médicale doit être accepté. L'identification des morts ou des non-identifiés est déjà sous étude et a été jugée comme ne faisant pas partie des responsabilités médicales, bien qu'on puisse avoir recours à une certaine aide médicale. » Un problème qui devait être clarifié était « "le fait d'établir sans le moindre doute que la mort est en fait intervenue". À cet égard, le JAG [Juge Avocat général] a déjà présenté les tests médicaux légaux acceptables pour· pouvoir déterminer si la mort s'est produite. » Toutefois, « dans une opération de rentrée et de sauvetage, il est douteux que plus d'un ou deux tests puissent être effectués, c'est-à-dire une auscultation ou une prise du pouls dans une artère principale, par le personnel de la rentrée ou du groupe de sauvetage[78]. »

77. ANC, RG 24, 83-84/167, boîte 7827, 2-6111-A5, Brig G. L. Morgan-Smith, for SG, to MGS, 2 Feb 62.
78. ANC, RG 24, 83-84/167, boîte 7827, 2-6111-1, Pt 1, Col R.D. Barron, ASG 8, to A/DSG(A), 13 Jul 60.

Et il y avait davantage, puisque « sur la base des expériences de sinistres et de catastrophes passés, il est apparent que les sauveteurs essaieront de déplacer les victimes moribondes, qui peuvent en fait mourir pendant les opérations de sauvetage et de transport vers les soins médicaux, et qui seront déclarées mortes par le personnel médical ou paramédical. Il paraît hautement improbable que les victimes qui montrent ou paraissent avoir la moindre indication de viabilité soient intentionnellement ignorées si les installations de sauvetage sont disponibles. » Finalement, « la question a été soulevée de savoir si le service de santé était responsable de diriger ou de donner son avis sur une inhumation collective dans les 48 à 72 heures suivant une catastrophe, comme moyen d'exercer un contrôle sur la propagation de maladies. Dans un tel cas, l'inhumation collective devrait être effectuée, et on doute qu'une identification des morts ou une détermination puissent être réalisées dans une telle situation. Toutefois, on souligne avec force que la nécessité d'une telle inhumation collective pour le contrôle des maladies épidémiques est éminemment improbable dans le climat tempéré qui est celui du Canada dans la période sous étude, c'est-à-dire 48 à 72 heures[79] », de là simplifiant quelque peu la tâche. En fait, dans une communication datant de 1962, le brigadier G. L. Morgan Smith a tout simplement recommandé que les morts soient isolés et mis à part pour 48 heures « jusqu'à ce que la phase de sauvetage des opérations de survie soit complétée[80]. »

Au milieu de 1962, les éléments de base du plan de Survie nationale étaient en place. La première unité devant entrer dans une région cible serait une Compagnie des soins médicaux avancée, dont le rôle sera « de trier les patients en route pour un centre médical civil, et de réanimer ceux inaptes à continuer ». Généralement, c'était un mélange de personnel de la Milice et de volontaires civils, une organisation générale réclamant un poste de commandement (avec des éléments de commandement et de communications), une section médicale (divisée en groupes de triage et de traitement), et une section d'aide (elle-même divisée en groupes de transport, de main-d'œuvre et d'approvisionnement alimentaire). Son personnel militaire consisterait en un officier commandant, trois autres officiers, et douze autres gradés, avec la section médicale de trois officiers et dix autres gradés, portant le total à 29 ; les civils porteraient le total des effectifs de la compagnie à une centaine[81].

79. *Ibid.*
80. ANC, RG 24, 83-84/167, boîte 7827, 2-6111-1, Pt 1, Brig G. L. Morgan Smith, for SG, to DOrg, 16 Jul 62.
81. ANC, RG 24, 83-84/167, boîte 7827, 2-6111-1, Pt 1, Medical Support for Survival Operations, 19 Jul 62, Appx B.

L'unité était conçue pour s'occuper de 80 patients par heure en moyenne ou d'un maximum de 120, qui devraient rester deux heures durant, en moyenne, dans la station de traitement. « Là où le flux des patients dépassait la capacité, l'excès sera dirigé vers l'arrière sans arrêt. » Elle travaillerait selon un échéancier. Deux heures après l'arrivée, « les postes de contrôle de la circulation sont tenus par des personnes locales et dirigent des véhicules d'évacuation médicale vers les terminaux civils. » Une heure plus tard, « des éléments militaires de la Compagnie des soins médicaux avancée sont maintenant sur place et vident les victimes dans les véhicules, tandis que la station de triage commence à fonctionner. Très peu de patients peuvent encore être orientés vers la station de traitement. » Dans moins de quatre heures, « alors que l'élément civil arrive, davantage de patients graves peuvent être placés dans la station de traitement ». Après une autre heure, « tous les effectifs des centres de triage et de traitement sont sur place. Les patients dont l'état est grave devraient être placés jusqu'à atteindre la capacité maximale… » Trois heures plus tard, le « flux des victimes se ralentit[82] ».

Un exemple des défis qu'une colonne mobile de soutien (constituée d'une Compagnie des soins médicaux avancée, comme décrit plus haut, et de trois Compagnies de sauvetage) était censée affronter se trouvait dans cette partie d'Ottawa située entre la ville proprement dite et la rivière Rideau. Comme nous l'avons vu, en supposant qu'une explosion d'une puissance de cinq mégatonnes se produise de nuit au lac Mackay par un temps estival, avec un avertissement de quinze minutes, il y aurait vraisemblablement 28 500 victimes, dont 17 100 seraient considérées graves. En effet, « la seule décision qui doit être prise par le secouriste est "cette victime peut-elle être déplacée sur 75 milles (120 km) avant d'être vue par un médecin ?". » Si oui, le patient est classé en Priorité 2 ; sinon, il est considéré comme Priorité 1. Dans un rayon de 25 à 100 milles (40 à 160 km) d'Ottawa, se trouvaient 8300 lits et 300 médecins, et « il serait possible d'admettre 17 100 cas sérieux dans ces hôpitaux existants si ces hôpitaux renvoient la plupart de leurs malades et se préparent à recevoir des victimes en nombre égal au double de leurs lits maintenant installés. Les problèmes des hôpitaux existants peuvent être allégés et la distance d'évacuation peut être raccourcie par l'ouverture de 200 lits dans des hôpitaux d'urgence. L'équipement de ces hôpitaux doit être prépositionné et les membres du personnel doivent venir hors du rayon de 100 milles (160 km)[83]. »

82. ANC, RG 24, 83-84/167, boîte 7827, 2-6111-1, Pt 1, Medical Support for Survival Operations, 19 Jul 62, Appx B.
83. ANC, RG 24, 83-84/167, boîte 7827, 2-6111-1, Pt 2, Department of National Health and Welfare, The CEMS in Re-Entry Operations, Aug 62.

Un autre exemple de ce genre de planification se trouvait au Commandement de l'Est, qui abritait trois villes pouvant être potentiellement visées par des attaques nucléaires en cas de guerre : Halifax, Saint John et Saint-Jean (Terre-Neuve). Pour la première, les opérations de rentrée étaient basées essentiellement sur les unités de milice médicales assurant des cadres et dont les effectifs étaient complétés par des volontaires civils, dans la ligne du concept général que nous avons déjà vu. Deux groupes militaires entreraient par les autoroutes 1 (du nord-ouest) et 3 (du sud-ouest), avec un troisième groupe se déplaçant sur les autoroutes 2 (du nord) et 7 (de l'est). Les services médicaux seraient assurés par la 2e Compagnie médicale se regroupant dans la région de Chester et mettant sur pied une station d'ambulance à Shatford Memorial High School, en supposant qu'il y aurait une phase d'avertissement. La section médicale du 101e Dépôt des effectifs devrait se déplacer avec la 2e Compagnie médicale. Entre-temps, les consultants médicaux du Commandement de l'Est se rendraient dans des postes de commandement à Windsor, alors que l'Unité dentaire no 50 s'ajouterait aux institutions médicales civiles, que la 5e Compagnie médicale viendrait de l'Île-du-Prince-Édouard par traversier, et que la 6e Compagnie médicale s'installerait dans différentes écoles[84].

En ce qui concerne les installations civiles, chaque hôpital de la région avait son propre plan de mesures d'urgence en cas de catastrophe, et « tous les médecins, les dentistes, vétérinaires, pharmaciens, infirmières, aide infirmiers, et personnel de santé administratif ont tous été avertis par consignes de leur action et de leur destination ». Bien plus, un accord fut conclu avec les Chemins de fer nationaux du Canada pour évacuer par train les cas de brancards vers des points déterminés à quelque distance de la région cible, alors que les lignes d'autobus et les compagnies de camionnage avaient été contactées pour évacuer des patients des hôpitaux vers des points de chargement ferroviaire. « Des ordres permanents et des cartes des grands itinéraires ont été publiés en grand nombre » pour toutes les personnes concernées. Les principaux hôpitaux qui devaient faire sortir autant de patients que possible pour faire de la place aux victimes d'une attaque nucléaire comprenaient le Nova Scotia Sanatorium à Kentville, le Soldier Memorial Hospital à Middleton, le Colchester Hospital à Truro, le Aberdeen Hospital à New Glasgow, le St Martha's Hospital à Antigonish, le Sydney City et le St. Rita's Hospital à Sydney, le Saint Elizabeth Hospital à North Sydney et le Yarmouth General Hospital à Yarmouth. La planification était en cours pour établir d'autres installations d'urgence, et le nombre total de lits dispo-

84. ANC, RG 24, 83-84/167, boîte 7827, 2-6111-1, Pt 2, Col C. B. Caswell, CO HQ RCAMC East Comd, to SG, 21 Jan 63.

nibles serait de l'ordre de 7000 à 8000, bien qu'on manquerait de médecins, de telle façon qu'on ferait appel au personnel paramédical « dans une très large mesure[85] ».

Quant aux responsables de commander et de coordonner de telles opérations, des plans furent préparés pour les amener dans les postes de commandement d'où ils pourraient opérer, bien que certaines imperfections dussent être acceptées comme étant inévitables. Un exercice sur papier pour mettre de telles procédures à l'épreuve fut appelé *Tocsin*, et le colonel d'aviation W. J. F. Young en commenta les résultats au milieu de 1961. « Le système d'avertissement de l'exercice *Tocsin* fonctionna bien compte tenu des circonstances ; toutefois, si le temps devait manquer et si la demande de se rendre à Petawawa était formulée en plein milieu de la nuit en hiver, on a l'impression que cette méthode échouerait. On estime que, dans ces circonstances, il n'est pas réaliste de supposer que chaque personne à laquelle il serait demandé de se présenter à un point central puisse assurer ses propres moyens de transport sans devoir négliger ses responsabilités envers sa famille. Le système d'avertissement pyramidal d'urgence par téléphone paraît raisonnable ; mais on devrait assurer une certaine forme de transports publics dans différents centres géographiques, auxquels chaque personne pourrait se rendre, à pied ou dans son propre véhicule avec son épouse, sans préjudice de temps pour le plan de survie individuel de chaque famille concernée... de plus, les personnes choisies pour se rendre au poste de commandement avancé, notamment là où le personnel junior et d'autres grades sont concernés, devraient être sélectionnées en gardant à l'esprit le lieu de leur logement personnel ; par exemple, un officier subalterne ou un sous-officier vivant dans le centre d'Ottawa devrait être choisi de préférence à un autre vivant à Manotick », afin de permettre un agencement rapide[86].

La Survie nationale était évidemment une tâche gigantesque, devant être menée avec un personnel médical et militaire de temps de paix. Ajoutez le fait que le Service médical des Forces canadiennes devait déjà assumer d'importantes responsabilités au début de la Guerre froide, sur terre, sur les terrains d'aviation, et sur mer, et les difficultés d'organisation deviennent encore plus évidentes. Et il y en avait encore plus, étant donné que, comme nous allons le voir dans les prochains chapitres, jusqu'à la fin de la Guerre froide et plus tard, le rôle du SMFC était analogue aux professions médicales dans la société canadienne dans son ensemble. De ce fait, il est permis de penser que les praticiens médicaux n'auraient peut-être pas pu porter à chaque volet de leur tâche globale l'attention exigée.

85. ANC, RG 24, 83-84/167, boîte 7827, 2-6111-1, Pt 2, Col C. B. Caswell, CO HQ RCAMC East Comd, to SG, 21 Jan 63.
86. ANC, RG 24, Acc 83-84/167, boîte 7825, 2-6110-050/53, Surg RAdm T. B. McLean, SG, to DOrg, 17 May 61.

Chapitre six

Recherche médicale

Ayant examiné la planification, les questions relatives au personnel et les opérations générales du début de la Guerre froide, comme nous l'avons vu en traitant de la Corée, la présentation reste incomplète. La préparation pour la guerre, dans les temps modernes, doit se rendre au-delà des concepts opérationnels, du recrutement, de l'entraînement et l'application sur le terrain des connaissances acquises. Elle impose aussi de comprendre certaines vérités fondamentales par la voie de la recherche scientifique. Dans le contexte médical, elle signifie qu'il faudrait bien saisir de quelle manière fonctionnent l'esprit et le corps humain dans des circonstances normales mais aussi extrêmes, bien que, depuis la Deuxième Guerre mondiale, une dimension éthique, qu'il a fallu finalement confronter, soit venue s'ajouter à de telles recherches. Comme nous allons donc le voir, la recherche médicale était une entreprise multidimensionnelle, où les résultats pouvaient prendre des décennies avant d'être mis en œuvre sur le terrain. En fait, certains travaux décrits ici même ne porteront fruit que lors de la guerre du Golfe en 1991, un sujet qui sera examiné dans le tout dernier chapitre de cette étude.

En réalité, l'histoire est encore plus longue, étant donné que les forces armées, notamment l'ARC, menaient des recherches médicales depuis la fin des années 1930. Ainsi, quand le médecin-chef T. B. McLean recommanda la formation d'un comité consultatif sur la médecine opérationnelle, il connaissait bien les questions en jeu.

> L'appellation « médecine opérationnelle » a été acceptée par le SMFC comme signifiant un soutien des sciences biologiques pour les services militaires, pour la distinguer du soutien clinique. Le SMFC assume normalement la responsabilité clinique de la santé au sein des forces armées et pour le traitement des maladies et des blessures. En plus de cette responsabilité clinique, existe une responsabilité pour l'utilisation efficace autant des armes que des hommes. À ce niveau, la branche médicale

> devient impliquée dans l'équipement des plongeurs, l'instrumentation, le contrôle et l'environnement des aires de travail des aéronefs ou les problèmes associés aux véhicules blindés. Ce soutien médical est assuré à partir du moment où sont rédigées les caractéristiques opérationnelles, en passant par le développement puis les étapes finales de l'équipement utilisé sur le terrain. Bien que le terme soit « médical », la plus grande partie du soutien est assurée, en fait, par le personnel paramédical, tels que les biophysiciens, physiologues, psychologues, anthropologues, radio-physiciens, ingénieurs et autres scientifiques biologiques…
>
> La fonction principale du comité proposé sera de conseiller le médecin-chef. Le médecin-chef peut alors donner une interprétation de cet avis à tout membre du Conseil de la Marine, du Conseil de l'Armée ou du Conseil de l'Aviation.

Un partenaire actif dans tout cela serait le Conseil de recherches pour la défense qui, depuis sa formation en 1947 jusqu'à la fin des années 1960, était égal en statut à l'Armée, à la Marine royale du Canada et à l'Aviation royale du Canada. Se référant à quelques-uns de ses nombreux chercheurs, McLean indiqua que « nous attendons d'eux qu'ils soient les premiers scientifiques responsables qui peuvent conseiller le médecin-chef sur les impératifs de la recherche et du développement[1] ». Le Comité des directeurs du personnel accepta la formation d'un tel comité, « dont les membres doivent être nommés par le médecin-chef et désignés par le Conseil de recherches pour la défense, qui assurerait également un soutien financier aussi bien qu'une assistance de direction[2] ».

À un niveau hiérarchique légèrement inférieur se trouvaient les institutions qui effectuaient le travail — tels que les Laboratoires médicaux de recherches pour la défense à Downsview, un secteur de Toronto. J. E. Keyton, du Comité du vice-chef de l'état-major, expliqua en 1961 que : « Les ressources et les énergies des Laboratoires médicaux de recherches pour la défense visent… à comprendre ce qu'un homme "normal" peut faire, comment il le fait, les changements environnementaux qu'il peut supporter et de quelle manière le stress inhérent à de tels changements affecte sa capacité de fonctionner convenablement, à la fois mentalement et physiquement. » Les laboratoires cherchèrent tout autant « à aider les forces armées canadiennes à trouver les meilleurs moyens de concilier les demandes et le stress de l'environnement militaire opérationnel avec le potentiel et les limites des êtres humains, et… à renforcer la défense de l'OTAN en s'informant davantage sur la nature mentale et physique de l'homme dans un environnement de défense[3]. »

1. ANC, RG 24, 83-84/167, boîte 7719, 20-1-1, pt 21, Surg RAdm T. B. McLean, SG, to Chair DRB, 11 Sep 61.
2. ANC, RG 24, 83-84/167, boîte 7719, 20-1-1, pt 21, PMC, 12 Oct 6.
3. ANC, RG 24, 83-84/167, boîte 7719, 20-1-1, pt 22, J. E. Keyton, Vice Chair Vice Chiefs of Staff Ctee, 22 Nov 61.

Keyton nota aussi « que c'est surtout dans la sphère militaire que des événements aux conséquences très importantes peuvent être tributaires de la vigilance, de la précision de pensée et de la dextérité d'un homme ou de plusieurs en face du danger, dans des conditions d'accélération, de pression, de température, d'humidité et de bruit qu'on ne rencontre pas dans la vie civile[4]. » Les laboratoires devraient donner des réponses à des questions spécifiques telles que les suivantes : « Quel effet a l'habillement sur la capacité de l'homme à résoudre les problèmes dans la chaleur ? » « Quelle est la cause de la sensation de vertige quand une personne est pivotée ? » « Qu'est-ce qui affecte la capacité à voir une ligne extrêmement fine ? » « La quantité de viande d'un régime alimentaire, avant de s'exposer à la chaleur ou au froid, a-t-elle des effets sur la réaction de l'homme pendant des expositions ultérieures ? » « Le bruit augmente-t-il ou diminue-t-il la capacité de se concentrer ? » « Comment apprend-on ? Quels sont les facteurs qui influencent la mémoire ? » « Comment les poignées, les échelles, les tables, les surfaces de marquage et les écrans dans un cockpit, sur le tableau de bord ou à la position de commande, devraient-ils être disposés pour minimiser les risques d'erreur de la part de l'opérateur ? » et « Qu'est-ce qui affecte le maintien de la vivacité d'esprit d'un homme effectuant un travail monotone mais vital[5] ? »

Un des aspects d'un tel travail, qui était alors controversé et qui l'est devenu encore plus avec le temps, était la recherche médicale sur l'être humain. Le Comité médical interarmes signala en 1950 « qu'une bonne partie de la recherche prévue pour les Laboratoires médicaux de recherches pour la défense nécessitait des études sur des êtres humains. Certaines expériences impliqueraient une participation de jour et de nuit, pour une ou deux semaines d'affilée. Dans d'autres expériences, il faudrait suivre un régime alimentaire spécial pour deux semaines. La plus grande partie du travail sera de nature physiologique avec exposition à un stress environnemental. » Afin de s'assurer que les sujets des expériences étaient de vrais volontaires, « la nature du travail serait soigneusement expliquée, avant chaque expérience, en faisant cas des obligations attendues de la part de l'intéressé et des risques encourus, s'il y a lieu. La personne concernée n'est pas du tout dans l'obligation de participer à une expérience contre sa propre volonté. Un soin particulier sera apporté sur le choix des études impliquant des humains, et une étroite supervision sera exercée tout au long de l'expérience puis, par la suite, aussi longtemps qu'il le faudra, pour voir à la sécurité de l'individu[6]. »

4. *Ibid.*
5. ANC, RG 24, 83-84/167, boîte 7720, 20-1-1, pt 23, MGen W. A. B. Anderson, AG, to Distribution, 4 Oct 62, Apps B.
6. ANC, RG 24, 83-84/167, boîte 7717, 20-1-1, pt 2, Extracts from the Minutes of 293rd Meeting of Personnel Members Committee, Human Subjects for Experiments, Defence Research Laboratories, 24 Aug 50.

Étant donné de telles précautions, le Conseil de recherches pour la défense indiqua que « 12 personnes sont demandées par les Laboratoires médicaux de recherches pour la défense pour ces expériences. Il est souhaitable que chacun des trois services y contribue, si possible en affectant aux Laboratoires des militaires pour une période de trois à six mois. Une proportion pourrait être fixée pour cette contribution, au sein de la Marine, de l'Armée et de l'Aviation. » Le Comité des directeurs du personnel a convenu que de telles expériences étaient nécessaires, mais « à cause du caractère permanent de la requête en question, il se demanda si l'on ne pouvait pas faire appel à des civils ». Le Conseil de recherches pour la défense nota néanmoins « qu'il est très difficile de recruter des civils pour ce genre de travail et, du point de vue du Conseil de recherches pour la défense, le personnel du service, bien discipliné et facilement contrôlable, pouvait de loin constituer les meilleurs sujets » des expériences. D'un autre côté, « le chef du personnel de la Marine fit savoir qu'il fallait dix-huit mois pour former une recrue navale, à partir du jour de son enrôlement jusqu'à celui où elle sera prête à servir en mer. Si elle est sollicitée pour des tâches hétérogènes, sa période de service aura été passée à accomplir des tâches autres que celles pour lesquelles elle aurait été formée… Le chef du personnel de la Marine reçut l'appui des membres pour l'Armée et l'Aviation… le Comité releva que les forces armées soutenaient les points de vue du chef du personnel de la Marine[7]. » Les questions éthiques mises à part, les armes combattantes avaient des choses plus importantes à faire avec les membres de leur personnel que de les muer en animaux de laboratoire. Le Comité des directeurs du personnel renvoya l'affaire devant le Conseil de la défense.

En fin de compte, ce dernier approuva la demande des Laboratoires médicaux de recherches pour la défense pour tester des sujets, mais en 1953 le Conseil de recherches pour la défense se plaignit que « les Laboratoires médicaux de recherches pour la défense ont essayé d'avoir le personnel requis sur une base "ad hoc" grâce au commandant de service le plus proche. Il fut considérablement difficile de rassembler le personnel nécessaire, rendant ainsi inévitable le report de tests originellement prévus pour le mois d'août 1952. Le résultat en fut que la responsabilité de trouver tout le personnel échût à l'officier commandant, Station de l'ARC, à Toronto. Bien que l'on fit état d'une excellente coopération de la part de cet officier, il est évident que la demande ne pourra pas toujours être satisfaite si la responsabilité de procurer des volontaires devait lui incomber chaque fois. » Pour justifier ses besoins, le Conseil de recherches pour la défense estima « qu'il serait souhaitable

7. *Ibid.*

d'énumérer quelques-uns des problèmes pour l'étude desquels on a besoin de volontaires. Des volontaires sont nécessaires pour étudier les réactions à des conditions spéciales pendant le vol, dues aux changements de la pression atmosphérique ou à l'accélération, et pour évaluer l'équipement proposé pour protéger les membres d'équipage contre les conditions défavorables[8]. »

Les volontaires permettraient également « d'étudier le mal des transports et les moyens de le prévenir, ainsi que la méthode optimale pour le chargement de l'équipement de l'infanterie en relation avec la fatigue physiologique ». Dans le même ordre d'idées, certains volontaires aideraient dans « l'étude de l'acceptabilité des rations expérimentales de service, et dans la recherche sur les méthodes visant à augmenter la rapidité et la précision de la réaction individuelle aux signaux auditifs et visuels utilisés dans les services, en améliorant l'équipement ou la situation opérationnelle dans laquelle travaille l'opérateur. » En définitive, « dans tous les cas, les tests sont conduits dans les conditions contrôlées du laboratoire, de telle façon que l'on peut en exclure les circonstances accidentelles et obtenir des résultats en un minimum de perte de temps de la part des volontaires participant aux tests. » Le Conseil de recherches pour la défense avait besoin d'une douzaine de volontaires pour 30 jours, deux fois par an, et bien que l'on ait parfois recruté des civils, pour certains tests il fallait bien un personnel ayant suivi un entraînement militaire[9].

Le Comité des directeurs du personnel prit les choses en main et décida « qu'une équipe de douze volontaires pour une période de trente jours deux fois par an [doit] être assurée en rotation par les trois armes. Avec un tel plan, on demanderait à chaque service de procurer douze hommes pour une période de trente jours une fois chaque année et demie[10]. » Quelques jours plus tard, toutefois, « l'adjudant général indiqua qu'il avait reçu une demande du Conseil de recherches pour la défense pour rendre disponible douze membres de l'Armée pour une période d'un à deux mois aux fins d'expérience de recherches sur le gaz menées par le Conseil de recherches pour la défense », à la Station d'expérimentation de la défense à Suffield, en Alberta. « Il a établi verbalement que cette demande était supérieure et au-dessus de la répartition rotationnelle convenue lors de la dernière réunion… Les membres étaient d'accord que la demande du Conseil de recherches pour la défense dépassait les termes de l'accord et que le président devrait

8. ANC, RG 24, 83-84/167, boîte 7718, 20-1-1, pt 5, Chair DRB to Chair PMC, 15 Jan 53.
9. *Ibid.*
10. ANC, RG 24, 83-84/167, boîte 7718, 20-1-1, pt 5, Extract from the Minutes of the 405th Meeting of the Personnel Members Committee, 23 Jan 53.

prendre contact avec ce conseil, pour plus de renseignements et pour clarifier la situation[11]. »

Cette turbulence fut probablement le fruit d'un état de choses qui fait que Toronto et Suffield étaient des institutions séparées effectuant un travail bien différent, la première se concentrant sur des questions nutritionnelles et environnementales, y compris de soumettre des vêtements chauds à des tests, alors que la dernière opérait dans le domaine obscur et extrêmement dangereux de la guerre chimique. Elle le fit en coordination avec des installations similaires aux États-Unis et en Grande-Bretagne, afin d'éviter tout double emploi. Parmi les premiers travaux, à la fin des années 1940, figuraient divers moyens de disperser les « particules » ou des composés tels que la sciure de bois, qui pourraient servir pour dispenser des agents biologiques. Un des problèmes posés, par exemple, était de déployer un agent de telle manière à former des particules pas plus grandes que deux microns « qui pénétreront très efficacement dans le nez ». Afin de mener un tel travail, Suffield était organisé sur des bases similaires à un laboratoire de recherche médicale, bien que son objectif ne fût pas nécessairement de guérir. Elle comprenait ainsi une section de physiologie, ainsi qu'une autre de chimie, de physique, de météorologie, de bactériologie, une section animalière, une section d'entomologie, de munitions offensives, des ateliers de génie et une section de photo. L'intérêt porté aux produits chimiques ne se limitait pas à la guerre des gaz du type de ceux de la Première Guerre mondiale, l'un de ses projets consistant à étudier les effets de la chaleur produite par un lance-flammes sur des chèvres placées dans un bunker défensif[12]. Visiblement, on souhaitait avoir des sujets humains pour subir des expérimentations moins destructrices, comme la dispersion de « particules » telles que le gaz moutarde sur des soldats dans les tranchées, à découvert ou dans des tranchées abri, mais c'était là tout de même une entreprise pleine de dangers.

La différence entre un tel travail à Suffield et ce qui était fait dans les Laboratoires médicaux de recherches pour la défense a été mis en relief lorsque le Conseil de recherches pour la défense demanda un grand nombre de volontaires en mars 1953. Aux Laboratoires médicaux de recherches pour la défense, il devait y avoir une douzaine pour une période de 30 jours, deux fois par an, mais la Station d'expérimentation de la défense à Suffield demandait « jusqu'à 150 hommes/mois, pour des essais de guerre chimique par simulation et pour d'autres essais[13] ». Le Comité des directeurs du personnel ne vit pas de problème pour le premier, mais

11. *Ibid.*
12. DHH 91/364, DRB Experimental Station Suffield, Alberta, Progress Report for Period April 1st to 30 September, 194.
13. ANC, RG 24, 83-84/167, boîte 7718, 20-1-1, pt 5, DRB to Chair PMC, 6 Mar 53.

trouva le second plutôt « nébuleux[14] », il est probable que certains de ses membres étaient au courant de cas mortels lors de tests semblables au cours de la Deuxième Guerre mondiale. Le travail, y compris le recours à des volontaires du personnel militaire canadien, s'était poursuivi dans l'après-guerre[15], ce qui explique la demande de Suffield, mais le fait d'utiliser des armes chimiques contre des membres de ses propres forces armées était à coup sûr une question qui donnait à réfléchir. Enquête et discussions supplémentaires s'imposaient pour déterminer qu'à Suffield « il y avait une exigence normative pour des essais sur le terrain destinés à cerner l'efficacité du vêtement de protection ». Mais encore, « la plupart des demandes d'essais de guerre chimique viennent de l'Armée et supposent habituellement des tests dans des conditions telles que les troupes soient en mouvement sur le terrain, plutôt que sur des objectifs fixes. Par conséquent, il était vraisemblable que la demande la plus importante porterait sur le personnel de l'Armée. » Le Comité des directeurs du personnel accepta la demande[16], mais les dangers étaient évidents.

Les objectifs et la méthodologie des expériences médicales, particulièrement dans les Laboratoires médicaux de recherches pour la défense à Toronto, étaient clairement variables. Le Conseil de recherches pour la défense expliqua comment un groupe de volontaires de l'Armée ferait l'objet de « recherches sur les effets de l'acide ascorbique dans le régime alimentaire sur la résistance des humains face au froid ». Afin d'encourager les troupes, le directeur des Laboratoires médicaux de recherches pour la défense « indiqua qu'il serait heureux de s'adresser à des volontaires potentiels si tel était le souhait des responsables de l'Armée. Il demanda, en outre, s'il serait possible pour l'Armée de faire passer un examen médical aux volontaires avant de les envoyer aux Laboratoires. Aux Laboratoires, ils subiraient également un autre examen avant le début des tests, mais un examen médical préliminaire par le service permettrait de s'assurer que, dès le départ, seuls les volontaires en bonne forme seront envoyés aux Laboratoires[17]. » Une autre série de tests portait sur les effets de l'atropine, utilisée comme contre-mesure au gaz innervant, « sur des hommes en état normal dans des conditions tropicales simulées », cinq groupes de quatre hommes chacun étant désignés pour cette tâche. « Puisqu'il est souhaitable d'évaluer les compétences particulières du soldat, tous les hommes suivront un entraînement d'une semaine avant d'être dépêchés aux tâches suivantes… approvisionner un

14. ANC, RG 24, 83-84/167, boîte 7718, 20-1-1, pt 5, Extract from the Minutes of the 413th Meeting of the Personnel Members Committee, 19 Mar 53.
15. John Bryden, *Deadly Allies: Canada's Secret War, 1937-1947*, Toronto, 1990, p. 252.
16. ANC, RG 24, 83-84/167, boîte 7718, 20-1-1, pt 5, Extract from the Minutes of the 414th Meeting of the Personnel Members Committee, 26 Mar 53.
17. ANC, RG 24, 83-84/167, boîte 7718, 20-1-1, pt 5, DRB to Sec PMC, 20 Apr 53.

chargeur de Bren (en un minimum de temps)... remplacer un bloc de culasse dans une mitrailleuse Browning (en un minimum de temps)... montrer une habileté à enregistrer un relèvement à la boussole (vitesse et précision). » Il ne s'agira pas d'une promenade agréable pour les troupes, par des températures de 100 °F et des injections de médicaments à 6 h aux troisièmes et sixièmes jours des expériences, malgré le fait que des films seront projetés chaque soir[18].

Encore plus dures, comme les développements allaient le montrer, furent les expériences conduites par le département de psychologie de l'Université du Manitoba pour le compte du Conseil de recherches pour la défense. Ces expériences étaient relatives aux « problèmes de l'isolement, qui caractériseraient les vols spatiaux », une perspective bien passionnante jusqu'à ce que ceux qui eurent à subir des tests connûrent les rigueurs. Un officier participant au projet, le colonel d'aviation W. A. Gamble, expliqua : « Ces expérimentations sont très pénibles, et obligent le sujet volontaire à se couper totalement de toute influence sociale, et de toute lumière ou bruit, pour des périodes allant jusqu'à une semaine. » Le problème était « qu'on a trouvé que très peu de personnes, même celles qui sont très motivées par la curiosité scientifique et le patriotisme, supporteront ces conditions pour plus de deux jours, et qu'il est nécessaire de recourir à la motivation de la paie à un taux en augmentation constante », le total atteignant parfois 125 $ pour ceux qui auraient tenu bon jusqu'au septième jour. Puisque le personnel du service n'était pas autorisé à accepter de l'argent d'une tierce partie, Gamble recommanda qu'il soit permis aux troupes de se priver de leur salaire régulier pour recevoir la paie, plus élevée, de l'Université du Manitoba[19]. Le chef d'état-major général ne voulait pas en entendre parler et estimait, lui, que « les services étaient en droit, en temps de paix et encore plus certainement en temps de guerre, d'attendre que les militaires effectuent des tâches désagréables et dangereuses ». « Il croyait que les services peuvent créer un fâcheux précédent s'ils essaient d'obtenir le pouvoir de verser de l'argent aux militaires pour qu'ils participent à des exercices désagréables ou à des expériences. » En fin de compte, « il se demanda si les services n'agissaient pas prématurément en préparant ou en étudiant les conditions dans lesquelles des Canadiens pourraient prendre part à des vols dans l'espace[20]. » L'adjudant-général, de son côté, souligna simplement que le personnel du service pourrait, en effet, prendre des congés sans solde.

18. ANC, RG 24, 83-84/167, boîte 7718, 20-1-1, pt 5, M/Gen W. H. S. Macklin, AG, to Army HQ, 13 May 53 ; Appx B.
19. ANC, RG 24, 83-84/167, boîte 7719, 20-1-1, pt 19, G/C W. A. Gamble, Chair ISPC, for Signature Minister ND to GG in Council, 20 Jul 60.
20. ANC, RG 24, 83-84/167, boîte 7719, 20-1-1, pt 19, PMC, 25 Aug 60.

La situation des personnes assujetties à des tests ne pouvait qu'être difficile sachant le genre d'expérimentation qu'elles étaient supposées subir. À la fin de 1961, J. E. Keyton raconta que les Laboratoires médicaux de recherches pour la défense avaient fini par dépendre des cadets de l'école de l'ARC à Centralia, d'autres personnels de l'ARC, des membres du personnel des Laboratoires médicaux de recherches pour la défense, de civils, voire des épouses du personnel de l'ARC, pour accomplir le travail. Par voie de conséquence, il suggéra qu'une équipe d'une demi-douzaine de membres des forces armées soit chargée de travailler dans les laboratoires[21]. On devrait noter ici que, bien que les membres du personnel du service puissent indiquer leurs préférences concernant les lieux où ils aimeraient être affectés, la décision finale appartenait en dernier lieu aux autorités supérieures — ils pouvaient ainsi ne pas être considérés comme des volontaires au sens stricte du mot. Le major-général J. P. E. Bernatchez, vice-chef de l'état-major, rappela ce simple fait à ses collègues, estimant que « l'on considère que, nonobstant la position du vice-président du Conseil de recherches pour la défense selon laquelle les hommes ne seraient pas exposés aux dangers non encourus ailleurs dans les forces armées en temps de paix, ce genre de service devrait être pris uniquement par des hommes qui expriment leur volonté de le faire ». Si, toutefois, il y avait suffisamment de volontaires, il était disposé à autoriser les nécessaires affectations[22].

Un an avait passé depuis que la question avait été abordée pour la première fois, quand des ordres furent émis aux trois armes de fournir, selon un système de rotation, une équipe de tests de six hommes pour six semaines, « le personnel devant être composé de volontaires[23]... ». Le Conseil de recherches pour la défense précisa, par la suite, « que des opérations ou des expositions à des agents toxiques seront exclues de toutes les expérimentations », ajoutant « qu'il ne sera demandé à aucun participant de prendre part à une expérimentation qui ne lui aura pas été entièrement expliquée au préalable, ou sans son libre et plein consentement. Les membres de l'équipe scientifique et technique du laboratoire auront eux-mêmes participé antérieurement, en tant que sujets, à toutes les expérimentations, avant même qu'il soit demandé aux volontaires de servir comme sujets des expériences de même nature[24]. » Ça ne suffisait pas, et quelques mois plus tard, le capitaine de frégate

21. ANC, RG 24, 83-84/167, boîte 7719, 20-1-1, pt 22, J. E. Keyton, Vice Chair Vice Chiefs of Staff Ctee, 22 Nov 61.
22. ANC, RG 24, 83-84/167, boîte 7719, 20-1-1, pt 22, Maj-Gen J. P. E. Bernatchez, VCGS, to Sec Vice Chiefs of Staff Ctee, 6 Dec 61.
23. ANC, RG 24, 83-84/167, boîte 7720, 20-1-1, pt 23, Maj-Gen W. A. B. Anderson, AG, to Distribution, 4 Oct 62.
24. ANC, RG 24, 83-84/167, boîte 7720, 20-1-1, pt 23, Chair DRB to Sec PMC, 9 Oct 6.

R. I. Goddard, du bureau du chef du personnel de la Marine, avertit qu'après un examen de la situation, « la MRC, à cause de l'actuel programme d'entrainement intensif et d'autres engagements, ne peut pas affecter des hommes pour la présente série d'expérimentations » aux Laboratoires médicaux de recherches pour la défense. « Il a été également décidé que la MRC ne sera pas en mesure de prendre part à ce programme, au moins jusqu'en 1964[25] », une année complète plus tard.

S'il se révélait difficile de trouver des volontaires pour se poser en cobayes humains dans des expérimentations, tel n'était pas le cas quand il s'est agi de recourir à des unités entières pour tester des procédures dans le cadre de leur entrainement annuel, plus particulièrement quand des agents simulés étaient utilisés à la place des agents chimiques. L'unité médicale de soutien n° 1, qui participa à l'exercice *Vacuum* à l'automne de 1968, se soumit à un tel test. Ces séries de manœuvres constituaient « une évaluation et des essais de guerre chimique sur le terrain, menés par le 1er Groupe de combat au Centre de recherches pour la défense Suffield (CRDS), du 16 septembre au 5 octobre 1968 », l'unité fournissant un bureau des sorties, deux sections d'ambulance, et une infirmerie/salle d'examen médical. « Du point de vue de cette unité, l'exercice *Vacuum* était l'un des plus instructifs auxquels elle ait eu à participer. » Une des plus importantes découvertes fut « qu'il a été prouvé que la proposition d'effectifs pour une unité médicale au combat était totalement inappropriée pour le rôle qu'on projetait de lui assigner. Avec le nombre de membres du personnel disponibles, on a trouvé que chaque personne aurait un minimum de trois emplois, par ex. conducteur, sentinelle de gaz brancardier, la sous-unité devenant inopérable avec un nombre peu élevé de victimes (25 victimes/24 heures) en moins de 48 heures. Puisque l'unité médicale de combat ne comporte pas de réserve, on a besoin d'une nouvelle unité ou d'effectifs supplémentaires[26] » dans un environnement de guerre chimique. C'était exactement le genre de leçon que la recherche opérationnelle était supposée découvrir.

Dans les années 1970 et au-delà, cela se poursuivit. Le Centre de recherches pour la défense Suffield consacra une partie de ses ressources au développement de masques et de vêtements — aussi bien que de procédés — afin d'ériger une sorte de barrière entre la personne et un environnement chimique probablement mortel. Ainsi, le « Programme 26 », tel qu'il fut appelé au début des années 1970, « se préoccupe de fournir des défenses physiques et médicales contre les attaques

25. ANC, RG 24, 83-84/167, boîte 7720, 20-1-1, pt 23, Cdr R. I. Goddard, Sec CNP, to Sec PMC, 31 Jan 63.
26. ANC, RG 24, 83-84/167, boîte 7826, 2-6100-2, Maj R. J. Slavik, CO 1 Med Support Unit, to SG, 2 Dec 68.

chimiques. Au cours du présent exercice financier [1971-1972], certains procédés ont été testés dans des situations de campagne, pour le traitement des victimes des agents chimiques, et pour les soins à apporter aux victimes de tous genres, dans des conditions de guerre chimique. Les informations dégagées sont appliquées par les FC [Forces canadiennes] dans la mise au point des instructions permanentes d'opération pour la défense passive et pour la formation… Les systèmes et mécanismes d'enseignement sont mis au point et testés, dans l'intention d'assurer un entrainement plus efficace dans les procédés de défense passive, avec un succès considérable… Les résultats de ce programme de recherche aident, dans la pratique, à améliorer les capacités de défense des FC contre une attaque chimique ; des progrès considérables ont été réalisés, notamment en fournissant des informations pour améliorer les procédures opérationnelles des unités médicales et les simulations dans l'entrainement[27]. »

Les occasions de recherche ne manquaient donc pas. On en veut pour exemple des plans à l'état de projet dans l'Arctique, pour des études sur le Nord canadien, en 1947. Alan H. Woodcock, qui était passionné par un tel travail, a rapidement réussi à susciter l'intérêt des forces armées, avec des recherches qu'on a estimé importantes dans des sujets comme l'habillement, l'équipement général, la recherche médicale et physiologique, les carburants, pétroles et huiles, et les lubrifiants, les relevés nivométriques et le contrôle de la neige, aussi bien que le pergélisol et les locaux réfrigérés. Parmi les questions présentant un vif intérêt en été figuraient le contrôle et l'étude des moustiques et des insectes nuisibles, ainsi qu'une observation scientifique des tourbières et de la végétation. Pour ce faire, selon Woodcock, une équipe de six scientifiques et un personnel de soutien de six personnes seraient nécessaires. Parmi les questions qui l'intéressaient : l'acclimatation au froid existe-t-elle ? Une peau humide a-t-elle une meilleure conductibilité thermique qu'une peau sèche ? Pourquoi les hommes se fatiguent-ils si rapidement en marchant dans le froid ? Y a-t-il un manque de prise de conscience et une perte d'efficacité dans le froid extrême ; si c'est bien le cas, quelle en est la raison[28] ? »

La création d'un groupe sur la recherche médicale dans l'Arctique témoigne bien de l'intérêt que Woodcock est parvenu à susciter. Le rôle de ce groupe était « d'attirer l'attention de l'Arctic Research Advisory Committee (Comité consultatif sur la recherche dans l'Arctique) et du Comité consultatif de recherche médicale, sur tous les progrès de la

27. ANC, RG 24, Acc 90-91/217, boite 5, DRBC 100-21-31/0, W. G. Steward, for DG, to Chair DRB, 2 Jun 72.
28. ANC, RG 24, Acc 83-84/167, boite 7567, 9500-90, Alan H. Woodcock to O. M. Solandt, 25 Feb 47.

recherche médicale arctique en rapport avec le programme de défense, et de proposer des directions sur lesquelles des investigations pourraient être menées convenablement. » Ensuite, il devait « examiner le progrès des projets de recherche médicale arctique du Conseil et des Services, et en faire rapport au Comité consultatif de recherche médicale et à la recherche sur l'Arctique ». Finalement, il devait « agir en tant qu'organisme consultatif qui fait autorité au Comité consultatif sur la recherche dans l'Arctique dans le domaine de la recherche médicale arctique[29] ».

Parmi ses premiers membres étaient des professeurs à Laval, Queen's, l'Université Western-Ontario et à l'Université de Toronto[30], mais encore plus symptomatique du soutien que ce sujet obtenait à cette époque fut la création d'un laboratoire de recherche à Fort Churchill, dans le Manitoba, aux abords de la baie d'Hudson, comme cela figure dans le rapport annuel de 1955 sur le travail dans l'Arctique. « Cette station est dotée d'un petit personnel à statut permanent, et opère comme base pour les chercheurs invités du Conseil de recherches pour la défense, des organismes du gouvernement et des universités. Par le passé, l'accent était nécessairement mis sur les installations ; mais elle est maintenant équipée de manière telle à pouvoir entreprendre des recherches actives dans plusieurs domaines, et un programme de recherche est bien en main. La recherche dans le nord est forcément chère, et on n'a pas l'intention de lancer un quelconque projet à Churchill, à l'exception de ceux nécessitant des conditions nordiques, et qui ne peuvent être menées dans les régions plus peuplées du pays[31]. »

On devrait noter ici que la plus grande partie du travail était de nature géologique et maritime, bien que certains projets visaient clairement à mettre au clair des questions de santé. L'un d'eux portait sur la « source de la trichinose pour les mammifères marins », qui trouva que « la trichinose est très courante dans l'Arctique canadien et pourrait parfois se révéler être un sérieux problème pour le personnel vivant et travaillant là-bas ». Un autre projet examina « l'intensité des ultraviolets dans l'Arctique », « une affection des yeux connue sous le nom d'ophtalmie des neiges se produisant pendant certaines périodes de l'année dans l'Arctique. On croit savoir qu'elle est due à la partie ultraviolette de l'énergie de rayonnement du soleil atteignant la terre. On effectue des mesures systématiques de la lumière ultraviolette réfléchie du sol à Churchill », pour élucider la question[32].

29. ANC, RG 24, v.4129, 4-78-53, Chair DRB to Dr A. C. Burton, Dept Med Res University of Western Ontario, 5 Aug 48.
30. ANC, RG 24, v.4129, 4-78-53, Names and Addresses of Members of the Arctic Medical Research Panel, 17 Jan 49.
31. ANC, RG 24, v.17,755, 811-100-74/34, Annual Report on the Progress of Arctic Research, Sep 55.
32. *Ibid.*

Les deux projets, en fait, étaient extramuros de nature, étant menés par des chercheurs universitaires plutôt que par des membres du Conseil de recherches pour la défense. Faisant partie d'un processus de subvention, ils illustraient des programmes en vertu desquels la plus grande partie de la recherche médicale dans l'Arctique était menée par des personnes qui n'étaient pas membres des forces armées. Par exemple, sur un total de sept subventions pour la recherche arctique allouées en 1956, l'une allait à l'Université de Toronto pour un travail en cours sur la trichinose, une autre à l'Université du Manitoba pour une étude générale sur les problèmes médicaux, et une troisième à la Queen's University pour des recherches physiologiques. Il existait également un autre programme financé par le Conseil de recherches pour la défense, sur la base duquel une institution, l'Université du Manitoba en l'occurrence, pourrait recevoir des fonds afin d'opérer une « unité de recherche arctique ». En gérant Fort Churchill et en assurant des fonds pour les autres programmes mentionnés ci-haut, le Conseil pouvait, en fait, se vanter d'être « la seule organisation canadienne soutenant ces études à l'heure actuelle[33] ».

Comme dans toutes les entreprises, le Conseil de recherches pour la défense, ainsi que les autres institutions des forces armées qui se consacraient à l'étude des questions médicales, tentaient de rester à la hauteur du travail déjà accompli dans leurs différents domaines. La réanimation d'un patient exposé à un froid extrême après, disons, être tombé sous la glace, est un exemple qui illustre bien comment une telle approche pouvait mener sur des voies imprévues. Au début de 1949, M. G. Whillans, secrétaire du groupe sur la recherche médicale arctique, est entré en contact avec des professeurs de l'Université McGill, l'Université de Montréal, de l'Université de Toronto, de l'Université de l'Alberta et de Queen's, pour les interroger sur les procédures en place dans les hôpitaux qui leur étaient attachés ou les institutions médicales des environs. Après avoir pris connaissance des réponses, Whillans en tira une conclusion intéressante : « Cela vaut la peine de noter que le même manque d'expérience avec ce type de patient a été signalé par tous les hôpitaux consultés, même ceux situés dans des régions connues pour leur climat froid[34]. » Une série d'expérimentations menées par un homme du nom de Rascher au camp de concentration de Dachau devait être également abordée. Au cours de ces expériences, des victimes étaient glacées, certaines jusqu'à en mourir, d'autres à un point où une réanimation était toujours possible. Il s'agissait là d'un domaine clairement

33. ANC, RG 24, Acc 83-84/167, boîte 7567, 9500-90, Office of the Chair DRB to CDRB, 14 Feb 58.

34. ANC, RG 24, v 4129, 4-78-53, M. G. Whillans to J. S. L. Browne, 22 Feb 49.

truffé de dilemmes éthiques, qui visait, à l'époque, à en faire bénéficier les membres de la Luftwaffe, qui étaient récupérés en mer du Nord.

Leo Alexander, de Boston, qui avait travaillé sur les procès des crimes de guerre ayant suivi la victoire alliée dans la Deuxième Guerre mondiale, était en mesure d'éclairer Whillans sur ces expérimentations. Après avoir parlé avec un assistant du nom de Neff, il en tira comme conclusion que « Rascher ne fit pas état de son travail de façon fiable, pour des raisons inhérentes au système totalitaire, excluant ainsi de son rapport les cas qui mettaient plus de 100 minutes à mourir, notamment certains officiers russes bien nourris, qui ne mouraient qu'après avoir été exposés pendant cinq à sept heures ». La même conclusion fut indépendamment formulée par un Dr Watson, qu'Alexander avait rencontré récemment à l'improviste. « Rascher le fit manifestement pour que ses expériences apparaissent plus proches des délais de survie déjà connus en mer du Nord. C'était une personne peu fiable, dont les collaborateurs utilisaient le terme de "Raschering" (*Rascherissement*) pour évoquer un graphique truqué. Il maquillait les graphiques pour les rendre spectaculaires. Je comprends que l'excellente corrélation entre le glucose et la température du corps soit, de même, maquillée[35]. » La question éthique fut clarifiée encore plus par Alan C. Burton dans un exposé présenté à la Société royale du Canada, dans lequel il estima que « la cruauté même des expérimentateurs entache d'une suspicion extrême la crédibilité scientifique de leurs soi-disant résultats[36] ». Il douta qu'un individu manquant de scrupules moraux puisse d'une façon ou d'une autre mener des recherches conformément aux strictes méthodes scientifiques, qui exigent une observation consciencieuse des protocoles.

L'Arctique, bien entendu, n'était pas le seul centre d'intérêt des forces armées, et chaque projet de recherche ne posait pas ces mêmes problèmes éthiques qui donnaient la chair de poule. Bien plus ordinaire était ainsi la recherche nutritionnelle. En 1954, le Comité médical interarmes recommanda que le Conseil de recherches pour la défense « entreprenne une étude sur la valeur nutritionnelle et la suffisance des rations présentement servies aux effectifs de la Marine, de l'Armée et de l'Aviation ». L'enquête, déjà approuvée par le Comité interarmes des aliments et de la diététique, aurait besoin d'un scientifique du Conseil de recherches pour la défense, d'un diététicien diplômé ayant des connaissances sur la nourriture dans les forces armées, d'un officier subalterne ou d'un sous-officier supérieur ayant de l'expérience dans la préparation de la nourri-

35. ANC, RG 24, v 4129, 4-78-53, Leo Alexander, Boston, to Morley Whillans, 18 Mar 49.
36. ANC, RG 24, v 4129, 4-78-53, Alan C. Burton, Resuscitation from Severe Hypothermia, with Particular Reference to the Work of German Scientists. Paper presented to the Royal Society of Canada, 7 Jun 4.

ture, et de deux sous-officiers ou leur équivalent, qui auraient été formés de préférence comme techniciens biochimiques[37]. L'un des objectifs de l'étude était de rassembler des données pour la planification de la mobilisation[38], et elle serait basée sur un maximum de six enquêtes par an. « Chaque enquête couvrira l'alimentation de deux cuisines en ligne unique... On estime qu'environ quatre semaines seraient nécessaires parmi les effectifs de chaque service pour collecter les données », soit un total de 48 semaines par an sur une période de trois ans[39]. Le bureau du ministre de la Défense nationale ne fut pas impressionné, faisant valoir que « s'il faut trois ans pour achever une enquête en rapport avec les forces armées, c'est qu'on a affaire à un mauvais genre d'enquête[40] ». On la remplaça par une enquête d'une durée d'un an.

Dix ans plus tard, un autre exemple fut donné par la recherche sur le sang, avec le titre abrégé : « La préservation des cellules rouges du sang par congélation. » Son initiateur, John R. Jackson, proposa « de créer une banque de sang congelé au Centre médical de la Défense nationale » en utilisant un agent de conservation appelé dimethyl-sulfoxide, selon ce qui fut appelé la Technique Huggins. L'un des objectifs de cette recherche était « de mener des essais cliniques soigneusement contrôlés, pour montrer que le sang congelé puis reconstitué selon la Technique Huggins est un produit sûr et efficace dans nos mains... » Un autre objectif était « d'étudier la possibilité de transporter le sang, congelé ou reconstitué, pour utilisation dans des régions éloignées, lors de batailles, ou de catastrophes, avec modification de la technique ou de l'équipement comme cela pourrait être indiqué ». Les recherches visèrent également à « étudier la faisabilité d'un entraînement sur la technique du procédé pour le personnel des forces armées en campagne », et finalement « de mettre en place une banque de types rares de sang pour utilisation dans des situations d'urgence ». Le tout était justifié par la possibilité « qu'une méthode pratique pour la préservation du sang à long terme mettrait un terme au gaspillage dû au dépassement de la date et, en période de catastrophe, garantirait un approvisionnement en sang qui aurait sinon fait défaut, ou qui pourrait poser un grave problème de transport[41]. »

37. ANC, RG 24, 83-84/167, boîte 7718, 20-1-1, pt 6, D.G. Thacker, Med Section for Chair DRB, to Sec ISMC, 11 Feb 54.
38. ANC, RG 24, 83-84/167, boîte 7718, 20-1-1, pt 6, FO G. D. Manderson, Sec ISMC, to Sec PMC, 26 Feb 54.
39. ANC, RG 24, 83-84/167, boîte 7718, 20-1-1, pt 6, D. G. Thacker, Med Section for Chair DRB, to Sec ISMC, 5 Mar 54.
40. ANC, RG 24, 83-84/167, boîte 7718, 20-1-1, pt 6, Office of the Minister of National Defence to PMC, 23 Mar 54.
41. ANC, RG 24, v 24,062, 9350-18, John R. Jackson, Application for Grant in Aid of Research, 18 Nov.

Avec l'approbation de sa subvention de 1964, Jackson se mit à l'œuvre. En octobre 1965, « vingt-trois unités de sang congelé pour des périodes allant de un à cent un jours ont été administrées. La réaction clinique était bonne, et aucune réaction ne fut défavorable… On s'attend que, le 31 mars au moins, cinquante unités aient été administrées avec étude détaillée et un suivi des patients[42]. » Le travail se poursuivit pendant les années suivantes. Cent unités avaient été administrées avant le mois de novembre 1966 et 160 avant octobre 1967. Au début de 1970, les recherches ayant porté quelque fruit, le colonel W. J. Wills, qui avait pris la relève du projet, demanda des fonds « pour continuer l'entrainement des techniciens militaires et civils (Croix-Rouge) à la Technique Huggins », aussi bien que pour suivre d'autres voies, telle que la recherche de différentes substances qui seraient « des substituts d'urgence au sang chez les humains ». D'autres objectifs seraient « d'opérer, avec le concours de la Croix-Rouge canadienne, The Canadian National Rare Blood Bank (la Banque nationale canadienne de sang rare) établie au Centre médical de la Défense nationale, et « de stocker des types de sang communs pour des urgences médicales, ainsi que pour des chirurgies cardiaques et d'autres chirurgies non urgentes, au Centre médical de la Défense nationale, tel que requis[43] ». En 1972 et 1973, le programme cessa de relever de la responsabilité du MDN, et fut transféré à des organismes civils, nommément la Croix-Rouge canadienne, qui « reconnait, avec gratitude, les contributions faites par les institutions ci-dessus et par le personnel dans le maintien de la banque de sang rare. La présence de ces sangs rares sur les listes de l'OMS [Organisation mondiale de la santé], présentés comme étant "disponibles à l'état congelé", plaça le Canada dans une situation enviable[44]. »

Tel ne fut pas le cas, cependant, quand les Canadiens engagèrent des recherches dans des domaines plus obscurs — tel celui de l'esprit humain. Depuis la Première Guerre mondiale, il était bien connu que les opérations militaires entrainent des victimes psychologiques et physiques, mais il y avait bien moins de compréhension des premiers cas que des derniers ; on considérait qu'un soldat blessé par balle pouvait être traité plus simplement qu'une autre victime d'une paralysie d'origine inconnue. Pendant la Deuxième Guerre mondiale et, comme nous l'avons vu, en Corée, les psychiatres et les psychologues faisaient partie du système médical militaire canadien. En fait, un groupe de psychiatrie

42. ANC, RG 24, v 24,062, 9350-18, John R. Jackson, Application for Grant in Aid of Research, 18 Oct 65.
43. ANC, RG 24, v 24,062, 9350-18, Col W. J. Wills, Application for Grant in Aid of Research, 18 Jan 7[illegible].
44. ANC, RG 24, v 24,062, 9350-18, R. Perrault, MD, to Ronald Lowe, Exec Sec University Grants DRB, 20 Jun 73.

du Comité consultatif médical du Conseil de recherches pour la défense avait été mis sur pied au début des années 1950 et sa mission dépassait le cadre de l'examen de l'épuisement au combat. Selon un des premiers rapports, « depuis la formation de ce groupe, la plus grande partie de ses délibérations ont porté sur le point de cerner des problèmes pratiques qui méritent d'être étudiés ; en tout temps, on a gardé à l'esprit que tout problème qui doit être abordé devrait être de nature à offrir des avantages pratiques soit aux forces armées soit à l'organisation de la Défense civile ». Parmi les exemples : « Une étude soigneusement planifiée des procédures de sélection, des méthodes de changement des motivations des individus, du traitement et de la réhabilitation dans les domaines psychiatriques et psychologiques[45]. »

Une grande partie du travail sera effectuée grâce à des subventions extramuros. En 1948, les thèmes de recherche portaient, entre autres, sur la sélection du personnel devant servir dans l'Arctique, les aspects psychologiques de l'acclimatation dans le Nord, les effets d'un hiver rigoureux sur le rendement du soldat, les relations personnelles au sein de petits groupes isolés dans l'Arctique, l'analyse psychologique du moral, le développement de l'intelligence, le rôle du système divisionnaire pour le bien-être et le moral dans la Marine royale du Canada, une évaluation quantitative de la sécurité émotionnelle, une appréciation de l'intelligence du personnel du service et bien plus[46]. Le domaine se développa ainsi très rapidement, 45 demandes de subventions ayant été présentées en 1963 au Comité sur la psychologie expérimentale[47], et 100 au Conseil national de recherches deux ans plus tard[48]. Plusieurs secteurs du gouvernement furent donc touchés, et pas seulement les forces armées, faisant atteindre à ce domaine une sorte d'apogée dans les années 1950 et 1960.

Tout sujet pouvait quasiment recevoir un financement, et risquait de susciter par la suite des examens introspectifs. Cela est d'autant plus vrai que l'une des questions que l'on s'apprêtait à soumettre à une étude détaillée, incluant une expérimentation sur les humains, était le lavage de cerveau. La genèse du rôle du MDN dans un tel travail réside dans une réunion tenue en juin 1951 avec la participation de sir Henry Tizard, scientifique et consultant britannique très respecté, de représentants de la Central Intelligence Agency, du Dr D. O. Hebb de l'Université McGill

45. ANC, RG 24, Acc 83-84/216, boîte 2492, HQ 801-M91, Psychiatric Research under the aegis of the Panel of Psychiatry of the Medical Advisory Committee to Defense Research Board, nd.
46. ANC, RG 24, v.5250, 19-73-5, W. H. Barton, Sy Standing Ctee on Extra-Mural Grants, to Ctee, 8 Mar 48.
47. ANC, RG 24, Acc 83-84/167, boîte 7355, 170-80/A70, Dalbir Bindra, Chair Associate Ctee on Experimental Psy, to Members, 30 Jan 63.
48. ANC, RG 24, Acc 83-84/167, boîte 7355, 170-80/A70, Dalbir Bindra to Members of the Associate Ctee on Experimental Psy, 19 Feb 65.

et de O. M. Solandt, chef du Conseil de recherches pour la défense à l'époque, et qui était, en fait, le *doyen* de la recherche opérationnelle. Selon lui, « la discussion a porté sur l'opportunité d'une recherche de base sur les moyens pouvant être employés par des gouvernements totalitaires pour imposer des changements fondamentaux dans la mentalité des personnes appartenant aux nations libres, qui tomberaient provisoirement sous leur coupe ». Le succès des Chinois à convertir à leur cause des prisonniers américains et britanniques capturés en Corée était manifestement de la plus grande importance dans l'esprit de ces hommes. « On estimait que si on en savait davantage sur ce qui était possible, tout remède ou mesure de protection auxquels on devrait avoir recours s'imposerait de lui-même plus facilement[49]. »

Comme nous allons le voir, un des participants à cette réunion, D. O. Hebb, recevra un financement de la Défense nationale pour examiner cette question, mais d'autres personnes que lui pouvaient éclairer le monde obscur du lavage de cerveau, et tous ne reçurent pas le feu vert des forces armées. Parmi ces derniers, Ewen Cameron, qui jouira d'une certaine notoriété par la suite. Les raisons pour lesquelles il ne parvint pas à obtenir l'appui du MDN constituent une partie intéressante de notre histoire. Il a certainement connu un petit peu de succès dans le passé, ayant reçu de l'argent pour se pencher sur la peur et l'anxiété pendant une catastrophe dans une collectivité, et d'autres fonds pour une étude sur l'adaptation des « hommes blancs » à l'Arctique. Une enquête menée trente ans plus tard montrera, toutefois, que Solandt, alors chef du Conseil de recherches pour la défense, « fit en sorte que Cameron ne présenta pas de demande au Conseil pour du travail dans le domaine de la recherche psychiatrique auprès de patients[50] ».

La raison d'une telle situation en dit quelque chose sur le système d'octroi des subventions pour un tel travail, puisque Solandt « avait un collègue proche dont l'épouse devint une patiente de Cameron et se soumit au processus de déstructuration », qui comprenait des techniques s'apparentant au lavage de cerveau, comme la privation sensorielle, l'utilisation de LSD et d'autres drogues et l'écoute d'enregistrements répétant les mêmes phrases heure après heure. « Après une année, Cameron la renvoya simplement chez elle et avisa, d'une manière plutôt péremptoire, qu'il ne pouvait plus rien pour elle. Le Dr Solandt et son collègue ont déduit du rapport de Cameron qu'il avait déstructuré la patiente et était maintenant incapable de la restructurer. Dr Solandt devint alors sceptique sur l'efficacité des méthodes du Dr Cameron et,

49. *Opinion of George Cooper, QC, Regarding Canadian Government Funding of the Allan Memorial Institute in the 1950s and 1960s* (Minister of Supply and Services Canada, 1986), Appx 23, O. M. Solandt, Chair DRB, to Minister, 25 Jan 54.

50. *Ibid.*

en réalité, était d'avis qu'il ne possédait pas l'humanité nécessaire pour être perçu comme un bon médecin. » Selon l'enquêteur George Cooper, Solandt fit savoir, par le truchement du Dr W. N. Morton, directeur de la recherche biologique, que le chef du Conseil de recherches pour la défense ne donnerait pas une suite favorable à toute demande de financement pour la recherche que pourrait présenter Cameron[51].

Il se peut qu'il y ait eu d'autres raisons ayant trait à la folie des grandeurs et à la concurrence[52], mais la mention faite par Solandt des effets du travail de Cameron sur au moins quelques-uns de ses patients représente un parallèle évident avec les commentaires d'Allan C. Burton sur les expériences effrayantes de Dachau. Solandt n'était pas le seul à nourrir des doutes sur les méthodes de Cameron. Le Dr F. C. Rhodes Chalke était un de ceux-là. Psychiatre ayant travaillé à l'époque avec le Conseil de recherches pour la défense, il devint par la suite président de l'Association canadienne de la psychiatrie. Dans son cas, « la famille lui demanda de prendre comme patiente la veuve d'un ex-collègue médical, après qu'elle eut suivi, sans succès, le traitement de déstructuration du Dr Cameron. Le travail de Chalke consistait à tenter de la traiter pour dépression grave. C'est cette expérience particulière qui suscita des doutes de sa part[53]. »

Cependant, ni Solandt ni Chalke ne firent état publiquement de leurs préoccupations, car à cette époque toute la question de l'éthique médicale était considérée comme confinée aux rapports entre le praticien et sa propre conscience. De façon quelque peu ironique, Cameron avait fait partie du personnel du Tribunal militaire international de Nuremberg, et avait contribué à la rédaction de ce qui sera connu sous le nom de Code de Nuremberg. Il affirma qu'avant même d'entreprendre une quelconque expérimentation sur les humains, « il est absolument essentiel d'obtenir le consentement volontaire du sujet humain. Cela signifie que la personne concernée devrait avoir la capacité légale de donner son consentement ; devrait être placée de telle façon à être capable d'exercer un choix libre, sans intervention de tout élément de force, fraude, tromperie, contrainte, excès, ou d'une autre forme de contrainte ou de coercition ; et devrait avoir une connaissance et une compréhension suffisantes de la question visée, de manière à être habilitée à prendre une décision basée sur la compréhension et en bonne connaissance de cause[54]. »

51. *Ibid.*
52. Anne Collins, *In the Sleep Room : The Story of the CIA Brainwashing Experiments in Canada* (Toronto, 1997), 117.
53. *Opinion of George Cooper*, *op. cit.*, p. 82.
54. Don Gillmor, *I Swear by Apollo : Dr Ewen Cameron and the CIA Brainwashing Experiments* (Montreal, 1987), p. 25.

Il n'en demeure pas moins que, selon Frederic Grumberg, de l'Université de Montréal, on considérait que l'expérimentation sur une personne était acceptable si elle ne lui causait aucun mal, et Cameron croyait honnêtement (ou s'illusionnait) que son travail était bénéfique pour ses sujets[55]. En fait, le formulaire de consentement signé par ses patients (ou par leurs parents) était pour « un examen et des traitements » et ne mentionnait pas du tout une expérimentation[56]. Le besoin d'une surveillance arriverait plus tard, et il était ainsi parfaitement conforme aux mœurs de cette époque que, bien que les règlements pour les demandes de subvention présentées au Conseil de recherches pour la défense ait couvert des questions telles que l'obligation de rendre compte, les publications, et le brevetage, l'éthique n'y soit jamais mentionnée[57]. Cameron avait donc eu la malchance que Solandt ait connu l'un de ses patients, mais il s'arrangea pour obtenir un financement du ministère de la Santé et du Bien-Être social et de la CIA (en contournant les accords entre le Canada et les États-Unis) et il poursuivit ainsi son travail[58]. Cela finit mal cependant, avec des esprits brisés, des actions en justice, des dénonciations en public et la mort mystérieuse de Cameron alors qu'il faisait de l'alpinisme, probablement un suicide.

Le travail de D. O. Hebb prit une autre orientation, devenant une sorte de classique en recherche psychologique canadienne publié dans le *Textbook of Psychology*. Comme il est expliqué dans ce livre, « l'étendue de notre dépendance par rapport à notre environnement normalement varié et l'activité mentale qui en résulte sont tangibles dans les expériences de perception/isolement », qui reçurent un financement du Conseil de recherches pour la défense au début des années 1950. « Les étudiants des collèges étaient payés 20 $ par jour pour ne rien faire, étendus sur un lit confortable, les yeux couverts de plastique translucide (laissant entrer la lumière mais empêchant la vision des formes), les mains enfermées dans des tubes (afin que les mains ne puissent être utilisées pour la perception somesthésique, tout en ayant la possibilité de les bouger pour prévenir des douleurs articulaires), et les oreilles couvertes par des écouteurs desquels sortait un bourdonnement permanent, sauf quand le sujet subissait un test. » Les conditions furent, bien sûr, allégées, afin de donner la latitude aux volontaires de manger ou d'aller aux toilettes. Pourtant, « peu étaient en mesure de supporter cette mono-

55. *Opinion of George Cooper, QC, Regarding Canadian Government Funding of the Allan Memorial Institute in the 1950s and 1960s* (Minister of Supply and Services Canada, 1986), Appx 4, Frederic Grumberg, U de Montreal, Report to George T. H. Cooper, Dec 85.
56. Harvey Weinstein, *Father, Son and CIA*, Halifax, 1990, p. 35.
57. ANC, RG 24, v.4117, 2-1-87-56, Defence Research Board, Application for a Grant for Research, 4 Dec 47.
58. Don Gillmor, *op. cit.*, p. 154.

tonie pour plus de deux ou trois jours, six étant le maximum. Les sujets finissaient par souhaiter écouter des conversations enfantines ou insignifiantes qu'ils auraient sinon évitées avec dédain — n'importe quoi pour briser la monotonie. En définitive, on était la proie d'un besoin irrésistible de voir, d'entendre, d'établir un contact normal avec l'environnement et d'être actif. Rien à voir avec la même pression qui se développe lorsqu'un sujet est immobilisé (supposons avec une jambe cassée) mais dispose de livres, d'un poste de radio et a des amis pour le garder mentalement occupé. Le besoin se fait sentir, ainsi, plus pour une activité mentale que physique[59]. »

L'expérimentation a montré qu'en l'absence d'une stimulation sensorielle normale, « les fonctions mentales et la personnalité s'altèrent. Les sujets en isolement se sont plaints d'être devenus incapables de réfléchir d'une manière cohérente, devenant moins aptes à résoudre des problèmes simples, et commençant à être en proie à des hallucinations. Certains d'entre eux ont eu des visions de rangées de petits hommes jaunes portant des casquettes noires, des écureuils se déplaçant avec des sacs sur leurs épaules ou des animaux préhistoriques dans la jungle. Ces visions étaient décrites comme dans des dessins animés. Créant une perturbation plus profonde étaient les hallucinations somesthésiques, le sujet percevant deux corps de façon somesthésique ou sentant que sa tête était détachée de son corps ; en rapport étroit avec ce qui précède venait "une sensation d'étrangeté corporelle" ou une sensation que l'esprit était séparé du corps. "L'identité même des sujets avait commencé à se désagréger"[60]. »

C'était là un lavage de cerveau classique ou l'aurait été si l'on avait poussé l'expérience plus loin. Ce ne fut pas le cas et, en fait, six sujets potentiels ont refusé de s'y lancer une fois que l'expérimentation leur fut expliquée, alors que quatre autres y renoncèrent après un certain temps, en affirmant que c'était équivalant à de la torture. Personne ne tint plus de 131 heures, bien moins que les 30 à 60 jours auxquels les prisonniers ont été assujettis après leur capture en Corée. En plus de faciliter la compréhension des mécanismes du lavage de cerveau, les expérimentations de Hebb étaient considérées comme utiles pour l'étude des fonctions intellectuelles « dans des avant-postes isolés », et « pour le problème de l'inattention d'un homme surveillant un écran radar[61] ».

Dans le domaine de la recherche, cependant, le lavage de cerveau s'est révélé d'une importance secondaire, ce qui n'était pas le cas de

59. D. O. Hebb, *Textbook of Psychology*, Philadelphia, 1972, p. 212-213.
60. *Ibid.*, p. 213.
61. *Opinion of George Cooper, QC, Regarding Canadian Government Funding of the Allan Memorial Institute in the 1950s and 1960s* (Minister of Supply and Services Canada, 1986), Appx 22, D. O. Hebb, W. Heron, et W. H. Bexton, Annual Report Contract DRB X38, nd.

l'épuisement au combat qui, au milieu des années 1960, restait encore le mystère qu'il a été au cours de la Deuxième Guerre mondiale. W. B. Snarr évoqua ce qui était appelé, à cette époque, le Stress du champ de bataille : « Il est généralement admis que le comportement des troupes au combat va probablement différer de celui des essais, des expérimentations, et des exercices qui sont censés aider à prévoir le rendement en campagne des systèmes d'armes, des sous-unités, des unités et des formations. Il existe très peu de données disponibles pour éclairer, en termes quantitatifs, sur quoi le changement peut porter pour ce qui est des facettes particulières de la tâche du soldat — ni même pour prévoir si l'on peut s'attendre à une amélioration ou à une baisse du rendement global. » L'étude des leçons apprises de l'histoire peut être fructueuse, mais Snarr avertit que « les données de combat historiques ne sont jamais détaillées et sont rarement exprimées en termes quantitatifs », ajoutant que « les événements qui sont consignés en détail sont plutôt inhabituels, par ex. les recommandations pour les honneurs », et soulignant qu'il « y a rarement assez de données sur les paramètres de rendement des équipements du temps de guerre pour pouvoir déterminer ce que le rendement de l'expérimentation ou de l'exercice correspondants auraient dû être ». En ce qui concerne l'étude des opérations de combat en cours, « il est extrêmement difficile de le faire sans influencer l'opération et, de plus, l'Armée canadienne n'est pas engagée ni ne le sera probablement pas dans des opérations de combat d'une durée suffisante pour mettre en place une telle recherche[62]. »

Snarr n'était pas le seul à être pessimiste. Il semblait alors qu'il était bien plus facile de déterminer la manière dont l'épuisement au combat pouvait ne *pas* être étudié plutôt que d'examiner la façon dont on pouvait envisager des expérimentations destinées à le comprendre. Un autre analyste, W. F. Cockburn, rapporta que plusieurs facteurs du stress du champ de bataille pouvaient ou avaient déjà été l'objet de recherches, tels que l'épuisement, le manque de sommeil, l'ennui, l'inconfort, le bruit, la fumée et d'autres, mais « pour les sujets, cela ne serait pas le plus populaire des projets ! » au cas où les expérimentations devaient être mises au point. « Beaucoup de travail a été fait en Grande-Bretagne et aux États-Unis, y compris le fait de faire subir un vrai stress psychologique en créant une situation qui constitue apparemment une menace réelle pour la vie et les membres mais reste, en réalité, sous le contrôle de l'expérimentateur », bien que, manifestement, un consentement en connaissance de cause ne puisse être obtenu pour un tel objectif[63].

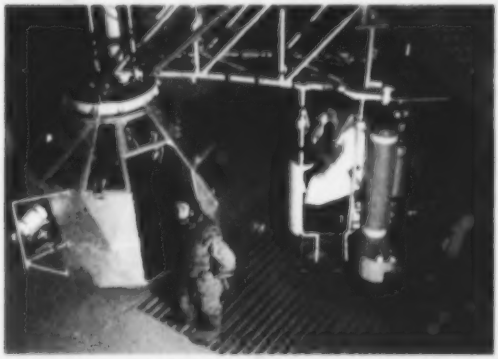
62. ANC, RG 24, Acc 83-84/167, boîte 7559, 9400-1, W. B. Snarr, Battlefield Stress.
63. ANC, RG 24, Acc 83-84/167, boîte 7559, 9400-1, W. F. Cockburn to Mr. Watson, 7 Aug 64.

Le surintendant principal des Laboratoires médicaux de recherches pour la défense estimera, quant à lui, que « les implications morales relatives au fait de mettre des hommes dans une telle situation pour susciter une crise qui verra certains d'entre eux déserter leurs postes, sont, à notre avis, impardonnables. Les hommes qui n'obéiraient pas aux ordres et quitteraient leurs postes ne pourraient pas être accusés de lâcheté parce que tout aura été fait pour les rendre vulnérables. Le fait de leur dire que tout cela n'était que plaisanterie ne leur ferait pas oublier qu'ils ont pris la fuite. On peut être certain que, plusieurs années plus tard, certains de ces hommes continueront à ressentir de la honte, et tout cela pour quoi ? » Pour le moment, au moins, on devrait se contenter de recherches plus banales sur des choses telles que l'impact du bruit sur le rendement[64].

Cependant, de telles mises en garde, même si on devait les prendre à cœur, permettaient de donner une certaine envergure aux recherches psychologiques. En 1970, par exemple, Walter D. Fenz, de l'Université de Waterloo, proposa de mener des recherches pour vérifier l'hypothèse selon laquelle « l'anxiété doit être domptée par petites doses, afin de pouvoir établir des contrôles appropriés ». Des travaux avaient été menés dans ce domaine depuis 1958, et pour les tests en question, lui-même et son équipe suivirent un groupe expérimental de quinze parachutistes civils et un groupe témoin du même nombre pendant qu'ils entreprenaient leurs premiers vingt sauts. La subvention, de 8000 $, était bouclée en 1972[65]. La documentation limitée qui en subsiste semble indiquer que l'hypothèse était bonne.

En fait, l'intérêt des forces armées portait sur une grande variété de phénomènes. De toutes ces recherches, c'était la médecine aéronautique qui suscita sans doute le plus d'intérêt, et son envergure internationale peut expliquer en partie l'allocation de ressources. La réunion annuelle de l'Association de médecine aéronautique était une source d'information à ce sujet ; commentant une session de 1955, le Dr J. W. Pearce, du groupe du Conseil de recherches pour la défense sur la médecine aéronautique, précisa qu'elle « réunit des représentants de la plupart des membres des Nations Unies, et fut inhabituellement stimulante et instructive ». Les sujets étaient variés, étant groupés sous des titres tels que « Problèmes spéciaux des vols à très haute altitude », « Progrès dans le tableau de bord de l'aéronef et conception des commandes », « Recherche sur les blessures en cas d'écrasement et mécanismes d'éjec-

64. ANC, RG 24, Acc 83-84/167, boîte 7559, 9400-1, Chief Superintendent DRME to CDRB, 20 Jan 65.
65. ANC, RG 24, v 24,064, DRB 9401-54, Walter D. Fenz, Effects of subjective and objective certainty on mastery of stress, Application for Grant, 30 Oct 70.



Expériences à l'Institut de médecine aéronautique, 1967. CIIFC, PCN 67-261

tion du pilote », « Évaluation de la condition physique du pilote et études sur les facteurs affectant le rendement du pilote » et « Dangers sur la santé inhérents à l'aviation et prévention : santé des pilotes de ligne ». Somme toute, « la participation de représentants du groupe du Conseil de recherches pour la défense sur la médecine aéronautique en valait la peine. Pour un nouveau membre, comme l'auteur, l'orientation dans ce domaine vaste et important de la médecine était effectivement précieuse[66]. »

Huit ans plus tard, cependant, N. J. B. Wiggin, surintendant principal des Laboratoires médicaux de recherches pour la défense, avertit « qu'aucune personne des Laboratoires n'assistera pas à la réunion de l'Association de médecine aéronautique et spatiale à Los Angeles », citant à ce sujet une lettre de l'état-major interarmées canadien à Washington. « Le personnel des Laboratoires a assisté et participé à différentes réunions médicales aérospatiales durant un certain nombre d'années, et j'ai moi-même assisté à la réunion de Miami il y a plusieurs années. Notre impression collective est que l'Association de médecine aéronautique et spatiale est scientifiquement marginale, et la valeur de la réunion de cette année n'est certainement pas suffisante pour justifier le temps, les efforts et les dépenses nécessaires pour présenter un papier scientifique ou une exposition à Los Angeles. Cela est particulièrement vrai, vu les restrictions financières actuelles[67]. » Toutefois, le plus jeune des services (l'ARC) vint à la rescousse, et un collègue plus positivement orienté que Wiggin indiqua « qu'un Comet de l'ARC permit à un certain nombre

66. ANC, RG 24, 90-91/217, boîte 28, 120-A17, Report on 1955 Annual Meeting of Aero-Medical Association, March 1955.

67. ANC, RG 24, 90-91/217, boîte 28, 120-A17, N. J. B. Wiggin, Chief Superintendent Defence Research Med Labs, to CDRB, 24 Jan 63.

de Canadiens de faire le voyage aller-retour à Los Angeles, et d'avoir l'occasion de prendre part à une intéressante réunion sans occasionner de dépenses de voyage exagérées... » Cinq personnes du Conseil de recherches pour la défense assistèrent à cette réunion, et bien que « les réunions annuelles de cette association ne soient pas connues pour leur qualité scientifique, plusieurs scientifiques américains de premier calibre sur le terrain y assistent, et [de ce fait] les réunions sont souvent assez intéressantes à cause des discussions informelles[68]. »

Tout en essayant de rester en contact avec la recherche médicale aéronautique dans d'autres pays, les chercheurs étaient également occupés par leurs propres projets au Canada même, la période 1958-1959 étant tout à fait typique. Dans le rapport pour cette année-là de l'Institut de médecine aéronautique figuraient des titres comme physiologie aéronautique, respiratoire, et physiologie de haute altitude, et des projets comme « Nouvelles études de la chute de pression de la cabine dans des avions de passagers de haute altitude. Cela comprenait... une estimation plus précise du temps de conscience utile à 40 000 pi. » D'autres recherches étaient présentées comme « tentant de savoir à quel moment on devrait donner de l'oxygène pour empêcher toute perte de conscience », « Une étude sur les effets de toute descente d'urgence de 40 000 pi sans oxygène supplémentaire, sur les singes », « Une étude similaire limitée des humains, prenant du sang artériel pour la saturation de l'oxygène et des études d'électrolyte », « Une étude similaire limitée sur des guenons enceintes à cause de deux fausses couches suivant ces expositions », « Une évaluation des masques disponibles pour les passagers et des flux d'oxygène proposés sur des sujets mettant les masques à 40 000 pi », « Travail de développement et essais d'un sac par-dessus la tête pour utilisation par les passagers en cas d'urgence » et « La production d'un film sur ce travail[69] ».

Bien plus, l'Institut mena des « études sur les combinaisons pressurisées », comprenant « le développement, le testage et l'entrainement des sujets » pour utiliser l'équipement « dans des CF100 jusqu'à 50 000 pi ». Plus loin dans le rapport, « une étude est en cours portant sur la capacité des membres d'équipage à reconnaître l'hypoxie quand elle est provoquée sans qu'ils en aient connaissance », tandis que l'Institut menait « sa routine normale de conférences et d'entrainement des équipages et des médecins militaires ». La liste continua, le caisson de décompression ayant été utilisé pour 322 ascensions simulées à de hautes altitudes cette

68. ANC, RG 24, 90-91/217, boîte 28, 120-A17, M. G. Whillans, Travel Report, Annual Meeting of Aerospace Medical Association, Los Angeles, 8 May 63.
69. ANC, RG 24, 83-84/167, boîte 7853, 2-6160-2670, Annual Report of IAM Activities to DRB Panel on Aviation Medicine, 5-6 Jun 59.

année-là, alors que des chercheurs menaient aussi des « investigations et des tests des composants des systèmes d'oxygène prélevés dans des aéronefs à la suite d'incidents aériens ». Les principaux titres, qui pourraient comprendre chacun une demi-douzaine de projets, étaient « Paroxysme », « Matériel de protection », « Sciences biologiques » et « Ergonomie ». Pour cette dernière, « des études de conception sur l'espace de travail du poste d'équipage ont été menées sur le CC106 [Le Yukon, aéronef de passagers et avion-cargo] et sur le poste de travail du mécanicien navigant dans l'Argus [appareil de patrouille anti-sous-marine]. Des instruments spécifiques de présentation ont été évalués. On a planifié des études pour déterminer l'effet sur la conception de l'espace de travail sur plusieurs articles des combinaisons de vol, y compris les vêtements anti-G dans des conditions de stress paroxysmique et de pressurisation[70]. »

Wilbur Franks était l'un de ceux qui participaient à ces recherches. Ayant contribué à la mise au point des vêtements anti-G destinés à empêcher l'anopsie des aviateurs dans les années 1930 et 1940, il travaillait toujours très dur vingt ans plus tard et, « en 1956, il jouit d'une reconnaissance internationale pour un brillant travail de recherche sur le métabolisme du tissu de l'organisme en cas de baisse de la tension en oxygène. Grâce à ce procédé éminemment technique, les enquêteurs sur des accidents d'avion disposeront désormais d'informations sur l'état de l'oxygène du pilote avant sa mort. Plusieurs accidents d'avions mortels, restés jusque-là sans explication, peuvent maintenant être attribués, sans aucun doute, à une défectuosité du flux d'oxygène. Cela revêt des implications d'une grande portée dans le domaine de la sécurité des vols, tout autant militaires que civils. » Pour ce qui est du test lui-même, « il est basé sur la détection et l'estimation de l'acide lactique dans le cerveau. Comme la production d'acide lactique augmente avec la baisse de la tension de l'oxygène, on verra que le diagnostic de l'hypoxie peut être établi quantitativement avec précision lors des autopsies[71]. »

Wilson George Leach, qui devint éventuellement major-général, était un autre chercheur illustrant le type de travail effectué dans les années 1950 et 1960. « Comme officier de projet dans la section de physiologie respiratoire, le Commandant d'aviation Leach avança dans plusieurs départements avant d'être promu lieutenant-colonel d'aviation en 1961 et d'être nommé commandant des effectifs médicaux des équipages d'aéronef. Son travail portait principalement sur la protection des membres d'équipage contre les dangers d'un environnement hostile. Cela comprenait, par exemple, la recherche sur l'équipement en oxygène, les

70. ANC, RG 24, 83-84/167, boîte 7853, 2-6160-2670, Annual Report of IAM Activities to DRB Panel on Aviation Medicine, 5-6 Jun 59.
71. Harold M. Wright, *Salute to the Air Force Medical Branch on the 75th Anniversary, Royal Canadian Air Force*, Ottawa, 1999, p. 47.

dispositifs d'évacuation, l'interface homme/machine », pour utiliser une expression ultérieure, « et le rendement dans des conditions environnementales défavorables ». Avec la mise au point du chasseur Avro CF-105 Arrow, « une grande partie du travail était consacrée à la mise en place d'un équipement de respiration partielle visant à contrecarrer les effets de la baisse de pression en cabine à de très hautes altitudes. À partir de ces expérimentations furent imaginés des techniques et des procédés pour des essais de décompression rapides dans les chambres de décompression à haute altitude. Cette chambre, dans laquelle on peut simuler des conditions de très haute altitude, était utilisée pour produire les effets d'une perte soudaine de pressurisation similaires à celle qui pourrait avoir lieu si un aéronef pressurisé à haute altitude devait avoir une défaillance du matériel ou une rupture du fuselage. Ces expérimentations comprenaient des essais avec, à la fois, des équipages d'aéronef civils et de l'ARC[72] », Leach se mettant parfois lui-même dans la position du sujet de test. Selon sa citation pour le Trophée McKee, présenté pour les contributions à l'aviation, « pendant son travail de recherche, Leach s'exposa continuellement lui-même à la décompression explosive et à l'anoxie à de hautes altitudes atmosphériques bien qu'aucune observation n'ait été jamais faite pour consigner les effets d'une telle exposition. Le courage dont il fit preuve dans la poursuite de sa recherche transcendait l'appel au travail et s'est traduit par une plus grande sécurité pour tous ceux, qui, à travers le monde, voyagent dans des aéronefs à très haute altitude[73]. »

Ainsi, le travail ne manquait pas pour ceux qui souhaitaient mener des recherches directes durant la première partie de la Guerre froide, mais en 1962 le dollar canadien perdit plus de cinq cents vis-à-vis du billet vert américain, ce qui fut l'occasion d'un débat déchirant. « Afin de restaurer la confiance dans le dollar, le gouvernement pensa qu'il fallait adopter un "plan d'austérité"[74] », et les dépenses de défense chutèrent de plus de 36 pour cent du budget fédéral 1956-1957 à 24 pour cent en 1963. La recherche pour la défense sera ainsi reléguée à « l'âge d'or » des forces armées, dont il fut question dans un précédent chapitre. En fait, le Conseil de recherches pour la défense lui-même sera démantelé au début des années 1970, et plus jamais on n'accordera au travail scientifique le même statut que celui accordé aux services de combat. Les recherches continueront cependant et, comme nous l'avons déjà mentionné dans ce chapitre, certaines de ces recherches porteront leurs fruits au moment de la guerre du Golfe.

72. *Ibid.*, p. 18.
73. *Ibid.*, p. 19.
74. Robert Bothwell *et al.*, *Canada since 1945 : Power, Politics, and Provincialism*, Toronto, 1981, p. 228.

Chapitre sept

Intervention internationale

Comme nous l'avons vu dans le chapitre précédent, l'intérêt porté à la recherche scientifique en général et à la recherche médicale fondamentale en particulier fut un peu moins accentué au cours des années 1970, mais d'autres entreprises suivaient une voie différente. L'effort opérationnel, par exemple, ne diminua point. Si la Corée fut le plus grand déploiement militaire du Canada dans l'après-guerre, et bien qu'ils ne partirent pas pour une guerre avant 1991, les praticiens médicaux militaires ont participé à plusieurs missions de maintien de la paix, d'observateurs et de secours humanitaire ; les premières de ces missions eurent lieu dans les années 1940, au Moyen-Orient et au Cachemire, puis dans les années 1950, lorsque les forces armées du Canada assumèrent de nouvelles responsabilités, notamment en Indochine et sur la ligne de cessez-le-feu entre l'Égypte et Israël. Le défi principal était alors une combinaison de médecine préventive et de soins médicaux de base bien que, comme nous allons le voir, la chirurgie figurât, elle aussi, souvent à l'ordre du jour. La tâche était suffisamment difficile, sachant qu'un déploiement était possible dans quasiment toute région du monde, et vu l'existence de parasites et d'autres vecteurs de maladies, dont certains restent un véritable mystère jusqu'à ce jour.

La mission en Asie du Sud-Est dans les années 1950 en était un excellent exemple, faisant partie de la Commission internationale de contrôle et de surveillance qui observait la situation au Laos, au Cambodge, et dans les deux Viêt-nam, dans la foulée de la décolonisation française. Selon G. W. L. Nicholson, dans son histoire du service médical, « c'était là une tâche menée dans un environnement et un climat qui, tous deux, représentaient la plus importante épreuve de médecine préventive auquel le service avait jamais été appelé à faire face ». En général, les pays cités ci-dessus « avaient une chose en commun — des

On prépare des instruments, Viêt-nam, 1973. CIFC, VN 73-300

normes d'hygiène très basses ». Un rapport de 1937 plaçait la malaria en tête des maladies, les maladies entériques venant juste après. « Le sinistre inventaire comprenait des épidémies de choléra avec, parmi les autochtones, une incidence élevée de lèpre, béribéri, fièvre typhoïde, trachome, pneumonie et pian. "Il ne fallait pas négliger" les blessures causées par la chaleur. D'autres conditions qui méritent d'être mentionnées incluaient des maladies de la peau, la fièvre de typhus, la fièvre dengue, la fièvre récurrente, la filariose et l'infection par des distomes, ainsi que différents helminthes », les trois derniers termes scientifiques ayant trait à divers parasites. Le directeur général adjoint du Service médical de l'Armée canadienne, le colonel R. J. Nodwell, se rendit dans cette région en 1954, pour entreprendre une analyse médicale de la situation. Sur la base de son rapport, le directeur général, le brigadier Hunter, établit un plan prévoyant une étude des renseignements médicaux, une brochure des précautions de santé, la mise au point d'une trousse d'hygiène individuelle et de premiers soins, l'acquisition d'équipement médical et de provisions, et un briefing détaillé à l'intention du personnel affecté à la mission[1].

À l'autre extrémité de la planète, le défi médical ne différait que par certains détails. La Force d'urgence des Nations Unies (FUNU) fut constituée en 1956 pour observer le cessez-le-feu entre l'Égypte et Israël. Là-bas, un détachement de 50 praticiens médicaux traitait des patients qui, pour la plupart, « étaient atteints de maladies des voies respiratoires supérieures, de gastro-entérite et d'affections de la peau. L'immunisation antipolio était une priorité[2]. » En 1960, le petit groupe comprenait seulement dix-neuf praticiens médicaux mais continuait à aider la FUNU. Le major S. L. Symond, officier avec les Unités de base canadiennes au Moyen-Orient, indiquait, au début de cette année-là : « Nous avons deux adjoints médicaux attachés à la 115 ATU [Air Transport Unit ou Unité

1. G. W. L. Nicholson, *Seventy Years of Service : A History of the Royal Canadian Army Medical Corps*, Ottawa, 1977, p. 274-275.
2. *Ibid.*, p. 279-280.

de transport aérien] à El Arish ; le sergent suppléant Michaud et le soldat Sims. L'aéroport est situé à une distance de huit milles [12,8 km] des cantonnements sur la Marina Beach. Un adjoint médical travaille dans une ambulance à l'aéroport pendant les heures de vol "de jour seulement", et le second adjoint médical s'occupe de la revue des malades à Marina Beach. Ils alternent leurs emplois. La revue des malades à l'aéroport d'El Arish et à Marina Beach est minimale, la plupart du personnel étant envoyé au détachement du SMFC. Ces deux adjoints médicaux ont, en fait, très peu à faire, mais il n'y avait aucun moyen de contourner cette situation à cause des conditions géographiques[3]. »

Le détachement dirigeait également une salle d'examen médical — infirmerie, « sur la base de quart de travail, employant deux caporaux et un adjoint médical soldat ». Les tâches du convoi, les congés, « perdus s'ils ne sont pas pris à trois mois d'intervalle », et les voyages de bien-être, toutefois, « causent des jongleries permanentes des fonctions : on apprécierait beaucoup l'augmentation des effectifs par un adjoint médical, afin de rendre les opérations de l'infirmerie plus efficaces[4] ». L'évacuation des victimes représentait un autre défi. Transporter les blessés à l'hôpital de la FUNU s'avéra difficile, pour le moins qu'on puisse dire. Comme le major le raconta : « J'ai fait le tour de la ligne de démarcation de l'armistice et de la frontière internationale en utilisant deux genres de véhicules, des jeeps de reconnaissance "converties en ambulances de 3/4 de tonnes" et un véhicule de reconnaissance. Le secteur patrouillé par un escadron de reconnaissance est l'un des plus accidentés que j'ai jamais vus... La ligne de démarcation de l'armistice n'est qu'une étendue de dunes de sable, pouvant atteindre 50 pieds de hauteur, parfois avec une pente de 20 à 45 degrés : de là, il faudrait bien comprendre qu'on ne peut évacuer un homme en moins de trois heures vers l'hôpital de la FUNU à partir du point le plus éloigné patrouillé par notre escadron de reconnaissance. "Les difficultés seraient aggravées si l'évacuation devait avoir lieu de nuit". » Il existait cependant une alternative, car « on me dit que les autorités du quartier-général de l'Armée ont indiqué qu'un hélicoptère de la FUNU serait l'instrument de choix pour évacuer les membres du personnel sérieusement blessés de la ligne de démarcation de l'armistice et de la frontière internationale. Je suis totalement d'accord avec ce point de vue[5]. » Cette logique était pratiquement imparable.

Une succession de problèmes se posèrent dans les mois qui suivirent. En mars, le major G. Babineau, médecin-chef canadien auprès de la

3. ANC, RG 24, 83-84/167, boîte 7850, 2-6160-829/41, Maj S.L. Dymond, for CO Cdn Base Units Middle East, nd.
4. *Ibid.*
5. *Ibid.*

FUNU, avait été « en quelque sorte sidéré de trouver que le personnel canadien n'avait pas subi une analyse sanguine avant son retour au Canada » ce qui, habituellement, « est une question de routine ». Il ajouta qu'il « avait pris des mesures pour pallier cette omission ». Sur un plan différent, celui de l'approvisionnement en eau, la situation se présentait autrement avec des « Victoires » à portée de main, « le budget de la FUNU pour 1960 prévoyant de nouveaux ouvrages de génie pour l'approvisionnement en eau du Camp de Rafah. Cela devrait finir par ramener la contamination de l'eau à un niveau raisonnable ou acceptable[6]. »

En juin, la question du jour semblait tourner autour des lunettes. On trouva que 193 membres du personnel en portaient, bien « qu'il y ait un certain manque de ponctualité pour ce qui est de la fourniture de lunettes avant le départ du Canada. En fait, on peut citer des cas particuliers, où certaines personnes cherchèrent à s'informer au sujet des lunettes avant de venir ici et auxquelles il avait été répondu… qu'il était plus facile d'avoir des lunettes au Moyen-Orient… que seul le personnel du Congo recevait une seconde paire de lunettes », autrement dit, les Canadiens affectés dans ce pays de l'Afrique centrale. Bien plus, « dans un troisième cas, la personne fut déboutée par sa propre salle des rapports. Il y a des exemples de personnes vues au cours des deux dernières semaines de juin, dont un soldat d'une SEM du Corps médical de l'Armée royale canadienne », qui aurait dû mieux comprendre la situation. Le rapport proposa que « des "lunettes" soient fournies au personnel se dirigeant outre-mer ou bien que l'on ait recours à d'autres moyens pour s'assurer que la fourniture de lunettes au personnel soit améliorée[7]. »

Alors que de telles questions étaient traitées en Égypte, en 1960 le Canada dépêcha une unité canadienne de transmissions au Congo belge, avec pour mission de procurer des moyens de communication aux forces de l'ONU qui tentaient de ramener le calme et l'ordre dans ce pays déchiré par la guerre. Dans son histoire du Corps médical de l'Armée royale canadienne (CMARC), G. W. L. Nicholson rapporte que « durant les quatre années où les Canadiens restèrent en Afrique centrale, un petit détachement du CMARC (généralement un officier et trois ou quatre aides médicaux) a grandement contribué à maintenir l'unité en bonne santé. Comme cela a été le cas en Indochine, on a insisté, en tout temps, auprès de chaque militaire, sur la nécessité de prévenir la maladie. À cet effet, le CMARC a mis l'accent sur l'éducation et sur un contrôle étroit de l'environnement, afin de localiser les sources éventuelles de

6. ANC, RG 24, 83-84/167, boîte 7850, 2-6160-829/41, Maj G. Babineau, Sr Cdn MO, to SG, 23 Apr 60.
7. ANC, RG 24, 83-84/167, boîte 7850, 2-6160-829/41, Monthly Progress Report, Jun 61.

problèmes, d'établir un diagnostic précoce, de traiter les maladies et de procéder à une évacuation au plus tôt. » La malaria et la gastro-entérite représentaient, sans doute, les plus grandes menaces, mais heureusement les taux de maladies parmi les soldats canadiens étaient bas, malgré le fait qu'ils servaient « dans l'une des régions les moins salubres du monde[8] ».

Une première inquiétude, rapportée par l'officier médical senior en août 1960, fut les MTS, qu'on croyait être élevées dans la région. D'un contingent d'à peu près 300 soldats, cependant, seulement 5 furent affligés en février 1961, aucune maladie de ce genre n'ayant été rapportée en de janvier. En juillet, pour donner un autre exemple typique, quatre Canadiens furent diagnostiqués avec une forme ou autre de la maladie, mais moins d'un an plus tard MTS devinrent plus inquiétantes, avec sept nouveaux patients au mois de mai, l'officier médical recommandant un programme vigoureux pour les limiter. Aucun soldat ne fut diagnostiqué au mois de juin, mais le taux annuel d'infection avait tout de même atteint presque 280 par 1000, le plus élevé des contingents des Nations Unies, les Irlandais souffrant d'un taux de 226 par 1000, suivis des Éthiopiens, les Suédois et les Norvégiens. Les forces autrichiennes au Congo pouvaient se vanter du taux le moins élevé, avec 22 victimes par 1000 soldats. Avant la fin de septembre la campagne contre les MTS incorporait des « films d'horreur » montrant en détail les symptômes de la gonorrhée, et en octobre l'officier médical ne rapporta aucune victime, bien qu'il y eut un malade en novembre, un autre en décembre, et trois en janvier 1963. Dans les mois qui suivirent seulement une ou deux victimes furent rapportées par mois, même si quatre tombèrent malade en mars 1964 et quatre autres en mai[9]. Donc, pour l'officier médical tout succès contre la maladie demandait une vigilance constante.

Dans les années 1960, le Canada assuma davantage de responsabilités dans le domaine du maintien de la paix, notamment à Chypre, où une guerre civile éclata entre les communautés ethniques grecque et turque dans la foulée de la proclamation de l'indépendance, et une force d'observateurs devait suivre l'application du cessez-le-feu. Le major G. Babineau rapporta ainsi que, lors de son arrivée au printemps de 1964, « l'organisation des services médicaux se déroula sans trop de difficulté, la coopération du service de santé britannique étant excellente ». Sa missive traita, en outre, des questions telles que la salle d'examen médical, l'infirmerie, l'hospitalisation, l'évacuation des victimes, les fournitures médicales, le personnel, la chaîne de commandement médicale, la documentation médicale, l'hygiène, l'approvisionnement en eau, les MTS

8. G. W. L. Nicholson, *op. cit.*, p. 281-282.
9. ANC, RG 24, v.18,842 à v.18,488, War Diary, Aug 60 à Jun 64.

Soins de santé à Chypre, 1974. CIFC, CYPC 74-335.

et la revue des malades, bref donnant le même genre d'informations qu'il aurait fait en temps de guerre[10].

Les circonstances étaient telles que les questions de routine incluaient aussi la préparation au pire. Le brigadier A. J. Tedlie, le commandant de la zone de Nicosie à Chypre, nota, de manière plutôt sinistre, que « dans le cas où des combats sur une vaste échelle devaient éclater entre les deux communautés à Chypre, les troupes de l'ONU dans la zone de Nicosie seraient très probablement impliquées, au moins lors des premières étapes[11] ». On prévoyait que le nombre des victimes parmi les forces des Nations Unies, qui totalisaient 3200 personnes, serait de cinq pour cent, dont dix pour cent de morts parmi ces dernières ; conformément à ces calculs, 150 soldats devraient être évacués, 60 d'entre eux sur des brancards. « Tout plan d'évacuation doit également prévoir de dégager les Chypriotes grecs et les Chypriotes turcs blessés », ajoutait le brigadier, les installations disponibles étant un hôpital de campagne autrichien de 48 lits, ainsi que différentes autres unités hospitalières, dont l'hôpital militaire britannique à Dhekélia. Par ailleurs, dix ambulances étaient disponibles, dont deux du contingent canadien, alors que « des hélicoptères peuvent être mobilisés pour les patients dont l'état est très grave, mais leur disponibilité pour des évacuations médicales peut être limitée par la demande opérationnelle normale ». En somme, « sur la base d'une estimation maximale des demandes... les disponibilités de la zone de Nicosie peuvent faire face, de manière appropriée, à toute situation médicale normale en cas de déclenchement des hostilités[12] ».

10. ANC, RG 24, 83-84/167, boîte 7849, 2-6160-034/80, Maj G. Babineau, SMO Cdn Contingent UN Cyprus, to Army HQ, Apr 64.
11. ANC, RG 24, 83-84/167, boîte 7849, 2-6160-034/80, Brig A. J. Tedlie, Commander HQ Nicosia Zone, HQ Nicosia Zone Directive 6/64, 2 Aug 64.
12. *Ibid.*

Bien que les récits historiques sur cette époque soient largement consacrés aux opérations dans des régions comme l'Indochine, l'Égypte et Chypre, les mandats du service médical outre-mer n'étaient pas tous liés à des conflits, plusieurs de ses déploiements étant, en effet, de simples opérations d'aide. Des limites s'imposaient, cependant, à ce que le Service pouvait entreprendre, en raison de la pénurie de personnel auquel il dût faire face — continuellement — ce qui risquait de décevoir certains destinataires potentiels de l'aide canadienne. Par exemple, le médecin-chef rapporta, en 1962, au Conseil médical des Forces canadiennes « qu'à cause de l'usure des effectifs dans le service de santé du Royaume-Uni, ils ne pouvaient accomplir certains engagements outremer, et il demanda que le Canada fournisse un interniste, un chirurgien, un obstétricien/gynécologue et un anesthésiste à l'hôpital militaire d'Accra, au Ghana... Présentement, un médecin militaire généraliste du SMFC travaille là-bas... Comme il y a une pénurie de médecins militaires et de spécialistes au Service médical des Forces canadiennes, il sera extrêmement difficile de respecter tout nouvel engagement de cette nature. En conséquence, on a demandé au président, Comité des chefs d'état-major, de diffuser l'information auprès des médecins militaires de la Réserve et de leur demander des noms de volontaires. On a également demandé l'autorisation d'aviser les doyens des écoles de médecine au Canada de cette demande, afin qu'ils puissent faire bouger leurs effectifs médicaux et de faire savoir aux intéressés qu'ils peuvent présenter leur candidature. » Les volontaires pourraient suivre des cours de médecine tropicale soit à Sainte-Anne de Bellevue, au Québec, soit à la London School of Tropical Medicine[13].

En ce qui concerne le médecin militaire du SMFC qui se trouvait déjà au Ghana, il indiqua, en mai 1963, qu'à son arrivée en décembre 1961 il « avait trouvé un laboratoire tout à fait nouveau et très bien équipé ». Cependant : « Les plus expérimentés des techniciens ne connaissaient pas bien la plus grande partie de l'équipement, alors qu'il y a eu très peu de formation et de perfectionnement des techniciens de laboratoire durant la période de réorganisation précédant cette date. » Dans le laboratoire, « quelque huit techniciens travaillaient. Ils étaient surmenés, le résultat étant que les normes étaient basses, mais heureusement leur zèle était bon. Un cercle vicieux était enclenché. Le précédent pathologiste avait passé toute une période de travail à planifier et à équiper un laboratoire ayant des normes déterminées. Les techniciens poursuivirent leur travail de routine, faisant de leur mieux, mais en raison de la surcharge de travail, ils ne pouvaient pas être retirés de leurs postes

13. ANC, RG 24, 83-84/167, boîte 7789, 2-6030-110/MI-1, pt 7, 24th Meeting CFMC, 11 May 62.

pour la formation. La consignation des résultats était négligée et laissait beaucoup à désirer. Chaque jour, le nombre des examens augmentait. » Hors du laboratoire, « un certain nombre de développements importants se produisait. Tout d'abord, les engagements de l'hôpital augmentaient parce qu'on admettait les civils comme patients et en raison de l'expansion des forces armées du Ghana pour inclure désormais leur Force aérienne et le personnel de leur Marine. Plus que tout, toutefois, l'expansion était due au fait que la "médecine européenne" a été enfin "vendue" au personnel de l'Armée[14]. » L'aspect missionnaire des soins de santé se portait toujours très bien au début des années 1960.

De l'autre côté du continent se trouve la Tanzanie, où stationnait une mission d'aide canadienne dans les années 1960, dont l'officier commandant signalait, en octobre 1965, que « le besoin d'un médecin militaire était plus apparent[15] ». Six mois plus tard, le capitaine d'aviation W. J. O'Hara écrivit de ce pays d'Afrique orientale « qu'à l'exception d'un seul homme, aucun problème médical sérieux n'avait surgi parmi notre personnel et les personnes à charge… Les MTS sont notre plus grand problème. Certains hommes mariés non accompagnés ont, eux aussi, certains problèmes de moral. Les malaises G. I. [gastro-intestinaux] et la diarrhée sont fréquents, bénins et de courte durée… Les MTS sévissent parmi les Africains. Les contacts ne sont pas suivis. On me dit que les préservatifs ne sont pas proposés aux troupes parce qu'on pourrait donner l'impression que cette pratique est encouragée », bien que cette attitude changera considérablement au cours des années suivantes. Il semblait qu'en Tanzanie il n'en fallût pas beaucoup en termes d'encouragement externe, « plusieurs parmi nos hommes ont eu des contacts sexuels avec des filles africaines. On n'a pas encore signalé de sérologie positive. Plusieurs d'entre eux ont demandé une analyse sanguine, au cas où[16]… »

Les matinées du capitaine d'aviation étaient généralement occupées à accompagner un médecin militaire tanzanien, le capitaine Chuwa, à la revue des malades. Parmi les soldats tanzaniens, « les MTS arrivent en tête de liste. La malaria chez la troupe reste assez fréquente, et il y a habituellement un soldat atteint de la malaria dans la salle commune à Colito. À ce jour, il y a eu quelques cas d'hépatite infectieuse dans la troupe. Il y a une longue liste d'attente pour des interventions chirurgicales sur des hernies inguinales, que le capitaine Chuwa effectue lui-même à l'hôpital général. » Il a également vu un soldat atteint de lèpre.

14 ANC, RG 24, 83-84/167, boîte 7849, 2-6160-034/121, Capt R. W. W. Kay, RAMC, Annual Report and End of Tour Report, 1962, 23 May 63.

15 ANC, RG 24, 83-84/167, boîte 7849, 2-6160-034/311, Col H. E. C. Price, CO CAFATTT, to VCDS, 8 Oct 65.

16 ANC, RG 24, 83-84/167, boîte 7849, 2-6160-034/311, F/L W. J. O'Hara, Med/MO, to SG, 6 Apr 66.

Un défi : « effectuer des tests médicaux de recrutement pour des techniciens et des pilotes afin qu'ils puissent s'entraîner au Canada est un travail très frustrant. La grande majorité des jeunes gens qui viennent avec des niveaux d'éducation de 10e ou de 12e année, et qui représentent une toute petite minorité de tout le pays, doivent être refusés pour raisons médicales. » De 50 à 80 pour cent de ces recrues potentielles avaient un souffle au cœur, probablement dû à des accès de rhumatisme articulaire aigu durant leur enfance. Dans l'ensemble, cependant, O'Hara trouva que son « expérience ici au cours des dernières six semaines a été tonifiante, extrêmement intéressante et constitue, par-dessus tout, un défi. Lorsqu'on en finit avec la très lourde charge de travail routinière de chaque jour, il reste très peu de temps pour s'occuper des problèmes d'organisation et d'administration, qui nécessitent d'importantes améliorations. Mais de légères améliorations ont lieu chaque jour, et quand la fondation est finalement solide, alors l'expansion ascendante devrait avancer à un rythme encourageant[17]. »

Pourtant, ce n'était pas là une tâche pour les esprits pusillanimes — ou pour les personnes sensibles outre mesure. En juin, « une visite de cinq jours au 5e Bn [Bataillon] à Tabora s'est avérée intéressante. Parmi les personnes à charge, toutes immunisées, deux cas de polio paralytique venaient de se déclarer. Plusieurs enfants avaient en outre succombé à la coqueluche depuis notre dernière visite. J'étais assez surpris de savoir que le capitaine Chuwa avait omis d'immuniser les enfants à charge en faisant valoir "qu'ici il n'y a pas de polio". On s'activa sur-le-champ pour obtenir des vaccins antipolio pour Tabora, afin d'immuniser toutes les personnes à charge. » En outre, « on découvrit qu'un soldat souffrait de tuberculose évolutive. En dépit de sa fièvre, d'une toux sévère et d'une hémoptysie, il était traité pour une malaria, et ce n'est qu'après avoir beaucoup insisté pour qu'il subisse une radiographie des poumons, que le diagnostic a été établi. » Un autre sujet parmi tant d'autres était le fait que le médecin militaire admettait lui-même « l'échec de ses propres efforts visant à lancer une campagne de nettoyage du grave problème des MTS au sein des TPDF [Tanzanian People's Defence Forces, ou Forces de défense du peuple de Tanzanie] », citant, entre autres raisons, « les pressions sociales, la léthargie morale et l'ignorance[18] ». Trois décennies plus tard, les praticiens médicaux engagés dans la lutte contre le sida établiront des rapports similaires.

D'autres tentatives, bien intentionnées mais moins importantes, pour améliorer la santé des gens furent, elles aussi, condamnées à l'échec ; par exemple, « les vitamines qu'on pouvait trouver dans toutes les trousses

17. *Ibid.*
18. ANC, BG 24, 83-84/167, boîte 7849, 2-6160-034/311, F/LW 1 O'Hara to SG, 16 Jul 66.

de santé envoyées ici sont inutilisables. La chaleur et l'humidité créent une odeur et un goût tellement repoussants que les pilules ne peuvent être prises. De surcroît, elles se sont amalgamées, et il est quasiment impossible de débarrasser le contenant en plastique vide des taches et de l'odeur. » Cela en était assez pour faire basculer dans la folie un praticien médical consciencieux, mais heureusement, en août, « toutes les éditions 1966 à ce jour du *The Practitioner*, *The British Medical Journal* et *The Canadian Medical Association Journal*, sont arrivées et sont très appréciées[19]. » En fait, « il paraît que la stabilité psychologique est un des plus importants préalables pour toute personne affectée en Tanzanie. Bien des facteurs uniques de stress s'y trouvent, ainsi que des pièges environnementaux, qui feront à coup sûr des victimes parmi les personnes instables[20]. »

Rien n'indiquait que la mission du médecin se terminerait de sitôt, les Forces de défense du peuple de Tanzanie ne réussissant, pas plus que le Canada, à embaucher des médecins. « Il ne semble pas qu'il y aura de nouveaux médecins militaires dans l'Armée au cours des deux prochaines années. Les étudiants en médecine, interrogés récemment en Ouganda par le Dr Chuwa, ne se sont pas montrés du tout intéressés par la vie dans l'Armée et, accessoirement, n'étaient pas impressionnés par le salaire. » De plus, « en général, notre actuel petit groupe "d'adjoints médicaux" sont mal entraînés, peu à la hauteur et incompétents, non point à cause d'un manque de potentiel, d'intérêt ou d'aptitude, mais parce qu'il est pratiquement impossible d'avoir les bonnes installations médicales pour l'entraînement. » O'Hara proposa que « pour être capable de "nager", la Tanzanie doit avoir un personnel paramédical ayant une bonne formation… Si le Canada pouvait avoir un projet de formation d'adjoints médicaux ou de personnel paramédical pour les Forces de défense du peuple de Tanzanie, non seulement le prestige canadien en serait rehaussé, mais les normes médicales lamentables du pays pourraient acquérir de bonnes bases pour une future expansion et une future croissance. » Afin, sans doute, de susciter un intérêt en un tel plan, O'Hara s'assura qu'il s'insérait dans le contexte de la Guerre froide. Il rapporta ainsi que « les Chinois ont bâti et équipé un centre médical pour l'armée à Zanzibar récemment, tout en y installant au moins trois spécialistes médicaux.[21] » Le Canada faisait donc face à une concurrence pour gagner la gratitude du peuple tanzanien.

Bien plus, le médecin devait faire face à sa propre concurrence, sachant que « les sorciers guérisseurs continuent à jouer ici un rôle actif. Récem-

19. ANC, RG 24, 83-84/167, boîte 7849, 2-6160-034/311, F/L W. J. O'Hara to SG, 6 Sep 66.
20. ANC, RG 24, 83-84/167, boîte 7849, 2-6160-034/311, F/L W. J. O'Hara to SG, Oct 66.
21. *Ibid.*

ment, j'ai eu un pilote des Forces de défense du peuple de Tanzanie, formé au Canada, qui demandait à voir son "médecin local". Depuis une semaine, il était en proie à une fièvre sudorale lorsqu'il m'a écrit une lettre sur son lit d'hôpital. Il indiqua qu'il souffrait d'un mal inconnu en médecine moderne et que seuls des "médecins locaux" pouvaient le traiter avec succès. Il me demandait une autorisation pour un congé de maladie, afin qu'il puisse rentrer chez lui et suivre ce traitement. » Toutefois, dans les 24 heures suivant la rédaction de la lettre, une combinaison de trois antibiotiques prescrits pour combattre la brucellose « a finalement donné des résultats, et il fut renvoyé de l'hôpital "guéri par la médecine moderne"... Il souriait d'un air penaud chaque fois que je mentionnais cette lettre[22]. » Une telle satisfaction peut paraître plutôt inappropriée de nos jours, mais nous pouvons peut-être estimer que l'isolement du médecin militaire, la distance le séparant de chez lui, et la frustration découlant des tentatives de lancer des procédés de soins de santé publics, sont autant de circonstances atténuantes.

Avec la multiplication des responsabilités internationales du Canada dans les années 1960, le quartier-général décida de placer une unité d'infanterie en attente, de temps en temps. En certaines occasions, elle fut en fait mobilisée, sous la forme d'un exercice, pour entreprendre des essais, au cas où on devrait faire appel à elle pour des opérations de l'ONU à court préavis. L'un de ces essais fut appelé *Practorium Pacis II*, et fut mené au début de 1968. Selon le colonel E. Keith Fitzgerald, le médecin de la base des Forces canadiennes à Kingston, ces séries de manœuvres « impliquaient un examen des membres du I Canadian Guards (bataillon en attente de l'ONU) basé à Picton, en plus d'un personnel provisoire, pour s'assurer de leur bonne forme médicale avant leur départ vers Puerto Rico (île Vieques)... » Parmi les points à vérifier inclus dans ce processus de dépistage figuraient l'immunisation, les provisions médicales personnelles comme les ordonnances, et les fournitures médicales du bataillon, y compris les publications. L'équipe médicale de traitement de Picton comprenait un médecin de base, deux médecins militaires, un pharmacien, un commis principal, et quatre adjoints médicaux. « Le personnel du bataillon médical est crucial dans cette situation, parce qu'il fournit tous les documents médicaux du bataillon et les connait bien ; il est également au courant des cas individuels et peut évaluer les motivations, etc. Il peut aussi avoir accès aux provisions médicales, aux formulaires, etc. », ce qui allégea le fardeau logistique de l'équipe de Kingston[23].

22. ANC, RG 24, 83-84/167, boîte 7849, 2-6160-034/311, F/L W. J. O'Hara to SG, 19 May 67.
23. ANC, RG 24, 83-84/167, boîte 7825, 2-6100-1, pt 3, Col E. Keith Fitzgerald, Base Surg CFB Kingston, to Reg Surgeon Ontario Med Region, 20 Feb 68.

Pour ce qui est de la procédure elle-même, « les troupes étaient envoyées en groupes "chalk", c'est-à-dire des groupes destinés à être placés dans des aéronefs, et étaient accueillies dans le gymnase, où elles étaient "réunies avec" leurs documents médicaux, si ceux-ci étaient disponibles », et des formulaires étaient remplis. « Ils se dirigeaient ensuite vers une table d'immunisation, où se trouvait leur livre d'immunisation, et on décidait si une immunisation était nécessaire ; si oui, ils la recevaient. Prochaine étape : l'équipe dentaire, où on examinait l'état de leurs dents, avant de les envoyer vers l'un des trois médecins militaires, qui leur remettait leur attestation finale indiquant s'ils sont, ou pas, médicalement en forme ; on complétait les formulaires et on signait les immunisations… L'examen sur la présence d'une maladie transmissible se faisait dans le même immeuble 48 heures avant l'embarquement[24]… »

L'Armée avait, cependant, changé récemment son système de catégorisation médicale, et comme il manquait des documents à plusieurs membres, il devint nécessaire « d'effectuer des radiographies de la poitrine, des examens audiométriques et un examen médical de cinq à dix minutes. Des bus chargés de groupes de membres du personnel devant passer des radiographies de la poitrine étaient envoyés au CFHK [Canadian Forces Hospital Kingston ou Hôpital des Forces canadiennes à Kingston] les dimanche, lundi et mardi (3, 4 et 5 février). Cette formidable charge de travail n'a pas empêché le CFHK de prendre les radiographies et de remettre les rapports. Par la suite, et afin de diminuer le nombre des radiographies », on acceptait « toute personne disposant d'une radiographie prise pour n'importe quelle raison au cours des deux années précédentes », pourvu qu'elle n'ait pas la tuberculose. En fait, les Ordonnances médicales des Forces canadiennes demandaient « un nombre impossible de radiographies, c'est-à-dire 100 % de la Force ». Tout aussi bien, « on a effectué les examens audiométriques pendant les premiers jours, mais on a rapidement estimé qu'ils retardaient considérablement le processus médical et que si l'on devait poursuivre les examens audiométriques, on pouvait concevoir que les troupes ne puissent plus embarquer à temps. La décision a donc été prise de mettre un terme à cette procédure, sachant que l'audiométrie n'était pas une exigence médicale opérationnelle[25]. » On ne s'attendait manifestement pas qu'une mobilisation pour une mission de l'ONU soit une partie de plaisir.

En quatre jours, 783 soldats au total avaient suivi le processus, 44 d'entre eux ayant été déclarés inaptes sur le plan médical, alors que 45 avaient des dents défectueuses. « De manière générale, l'équipe médicale trouva très peu de situations médicales qui rendaient un homme

24. *Ibid.*
25. *Ibid.*

inapte et qui n'étaient pas déjà documentées… Certaines situations ont été découvertes parce qu'un homme en avait parlé ou grâce à l'intuition du médecin militaire — mais il y en avait très peu. » D'aucuns souffraient d'une inflammation à l'oreille « qui rendait inapte au vol et nécessitait un déclassement… Dans de rares cas, un homme avait été déclaré apte pour être aussitôt renvoyé à l'équipe 24 heures plus tard, atteint d'une affection nouvelle et aiguë qui le rendait cette fois inapte[26]. »

Une fois, six cuisiniers sur six « ont été déclarés inaptes sur le plan médical ou dentaire. En tout, neuf cuisiniers sur dix étaient inaptes. Il est entendu qu'il était quelque peu difficile de remplacer ces personnes dans les limites de temps — notamment lorsque certains des remplaçants avaient été eux-mêmes trouvés inaptes au service », mais il y en avait davantage. « La plus grande difficulté à laquelle faisait face l'équipe médicale était, sans doute, le manque de documents médicaux appropriés. Dans plusieurs cas, des troupes étaient arrivées à Picton sans aucune sorte de document ; cela aurait dû nécessiter un examen physique complet et un programme d'immunisation. Il revenait au personnel médical de décider de ne pas laisser ces personnes aller plus loin dans le processus ou alors, si on avait du temps, de se procurer les documents nécessaires de leur base d'origine. On estime que l'absence de documents s'explique par un message mal formulé demandant aux unités chargées des déplacements de n'envoyer aucun document qui pourrait être retenu au Canada, ce qui a poussé ces unités à ne rien envoyer parce qu'il ne leur avait pas été dit dans un sens positif ce qu'elles devaient envoyer[27]. »

Et la litanie continua. « La difficulté suivante pour l'équipe médicale résidait dans le rejet des personnes qui avaient une catégorie », autrement dit qui avaient été déjà déclarées inaptes au service lors d'un examen précédent, « mais qui furent quand même envoyées… ». Il y avait plusieurs exemples d'un tel état de choses, « mais le plus flagrant, sans doute, était celui d'un soldat du RCR qui avait été classé dans une catégorie comprenant un G4 [un mauvais état physique général, G1 étant l'état optimal] quelque quatre à cinq mois plus tôt, pour une rhinite allergique et un asthme allergique. Le classement avait été approuvé, mais il fut envoyé par son unité avec l'adjoint médical de sa compagnie emportant l'extrait allergique qu'il devait prendre une fois par semaine comme inoculation. Malheureusement, ce soldat n'avait pas été informé qu'il était classé dans une catégorie médicale qui le rendait inapte au service dans un bataillon d'infanterie, voire dans les Forces canadiennes[28]. »

26. *Ibid.*
27. *Ibid.*
28. *Ibid.*

Et il n'était pas le seul. « Un autre cas était celui d'un commandant de peloton du RCR, qui avait été classé en juillet 1967 dans une catégorie comprenant un V4 [vision faible, V1 étant l'état optimal]. Les responsables qui ont donné leur approbation avaient noté que la décision de savoir si cet homme restait dans l'infanterie relèverait du Conseil médical de révision des carrières. Ce n'est que lorsque l'officier se présenta devant le médecin de base en février 1968 à Picton qu'il sût qu'il n'était pas apte à être dans l'infanterie, inapte à se rendre à Puerto Rico et, sans doute, à moins qu'un changement de Corps ne soit effectué, inapte à faire partie des Forces canadiennes. La solution était évidente, du moins pour l'auteur du rapport, et « on proposa que tous les médecins militaires examinateurs devraient faire savoir à leurs patients la catégorie qu'ils recommandaient et que, lorsque la [recategorisation] est décidée par l'officier commandant de cet homme, que l'homme en question soit informé de la recommandation de l'officier commandant[29]. »

Les derniers mots du médecin de base n'étaient guère encourageants. Il souligna, en effet, « qu'il n'y a aucun doute que la forme médicale des membres du 1 Canadian Guards et du RCR pour des missions de l'ONU dans un climat tropical laissait beaucoup à désirer. Il est clair que, si jamais elles devaient être des unités d'élite capables de tenir leur rôle avec de courts préavis, ces unités avaient besoin de plus d'attention des commandements supérieurs et des chefs... Il n'y a aucun doute que le processus de dépistage médical préalable intensif a affecté non seulement le moral des 1 Canadian Guards mais aussi leur valeur sur le champ de bataille, en ce sens qu'on a eu besoin de faire plusieurs changements au sein du bataillon et qu'il a fallu confier des postes-clé, à bref délai, à plusieurs membres du personnel. Avec quelques connaissances et un expérience dans de telles questions, le médecin de base à la BFC Kingston ne voudrait pas, personnellement, commander une telle unité dans une situation réelle — les résultats pourraient être désastreux[30]. »

Après avoir assimilé le rapport Fitzgerald pendant un mois ou plus, le colonel M. Fitch, le directeur de la médecine préventive, choisit de se concentrer sur le médecin militaire d'unité en tant que source du problème — et de la solution. Il se demanda si les médecins recevaient la formation appropriée pour devenir médecins militaires d'unité et s'ils étaient médicalement supervisés, également de manière appropriée, une fois qu'ils avaient rejoint leurs unités. Après tout, chacun d'entre eux était plutôt isolé et n'était pas nécessairement en contact étroit avec le commandant de l'ambulance de campagne, qui conseillait le Brigadier

29. *Ibid.*
30. *Ibid.*

sur les questions médicales. Bien plus, et comme Fitch le demanda, « qui est celui qui supervise le commandant de l'ambulance de campagne ? », ce dernier étant aussi seul que le médecin militaire de l'unité. Selon le directeur de la médecine préventive, « il est évident que l'on doit avoir le même genre d'organisation en temps de paix que sur le champ de bataille en temps de guerre. Pendant que nous faisons cela, nous ne devons pas oublier les médecins militaires dans les unités de la MRC et de l'ARC. Ils ont besoin du même genre de supervision technique. Nous pourrions avoir de bonnes raisons de dire que le commandant d'une unité est responsable des activités de ses médecins militaires, mais je doute que cela puisse fonctionner », un commandant de bataillon d'infanterie n'étant pas bien placé pour donner des conseils à un médecin qualifié sur la façon de faire son travail. On doit garder à l'esprit que l'unification des branches médicales s'était faite conformément à un compromis selon lequel aussi bien les régions que les commandements (ces derniers faisant partie des organisations des trois services armés) auraient des équipes médicales. Fitch avait l'impression que certaines difficultés que les médecins militaires d'unité et les commandants des ambulances de campagne pourraient rencontrer « peuvent provenir de notre double organisation (fonctionnelle et géographique). Peut-être que les médecins régionaux et des commandements s'attendent chacun de son côté à ce que les autres fassent le travail de superviser le jeune médecin militaire[31]. » Les praticiens médicaux des forces armées disposaient d'une certaine autonomie, mais cela leur imposait un certain isolement dans un travail effectué en l'absence d'orientation d'une autorité supérieure.

Il semblerait que cet état de choses ait peu changé — sinon pas du tout — à cette époque où les années 1960 cédaient la place aux années 1970. Quand le Canada accepta de faire partie d'une nouvelle Force d'urgence des Nations Unies au Moyen-Orient (ou FUNUMO) à la suite de la guerre entre Israël et certains de ses voisins arabes en 1973, l'opération qui s'ensuivit ne fut pas lancée d'une manière qui impressionna les praticiens médicaux concernés. Le lieutenant-colonel R. Slavik, médecin-chef adjoint du commandement de la Force mobile (essentiellement le successeur postunification de l'Armée), ne manquait pas de franchise en estimant que « la planification est l'épine dorsale de toute opération militaire. Malheureusement, comme cela est si souvent vrai, nos maîtres politiques pensent que le temps de réaction des FC à une décision qu'ils ont mis des semaines à prendre est instantané. La décision d'engager des troupes dans l'opération de l'ONU au MO [Moyen-

31 ANC, RG 24, 83-84/167, boîte 7825, 2-6100-1, pt 3, Col M. Fitch, DPMed, to DSG(A), 28 Mar 68.

Orient] comportait plusieurs pièges... » Dans ce qui fut donc appelé l'Opération *Danaca*, « deux plans médicaux furent principalement mis au point. Ces plans portaient sur l'aide médicale du contingent canadien et variaient en fonction de la dimension du contingent. Quand j'ai quitté Montréal pour Le Caire au début de novembre 1973, le Canada s'était engagé auprès de l'ONU à fournir une force de quelque 400 soldats tous grades confondus. Le soutien médical pour cette force consistait en une section d'ambulance "renforcée"... et comprenait deux médecins militaires... Peu après l'arrivée au Caire, le contingent canadien fut porté à environ 1200, tous grades confondus, et le second plan de soutien médical fut mis en œuvre par FMC/QGDN », autrement dit le Commandement de la Force Mobile et le Quartier général de la Défense nationale. « Conformément à ce plan, le contingent canadien aurait une sous-unité médicale, qui était essentiellement une équipe chirurgicale avancée en superposition avec une section d'évacuation[32]. »

À ce moment là, les changements intervenus n'étaient pas tels qu'ils pouvaient submerger les personnes responsables d'assurer le soutien médical à la mission, mais la force de l'ONU dans son ensemble allait rapidement augmenter en nombre pour atteindre 8000 membres, avec des contingents d'Autriche, de Finlande, du Ghana, d'Indonésie, d'Irlande, du Népal, du Panama, du Pérou, de la Pologne, du Sénégal et de la Suède aussi bien que du Canada. Bien qu'elle fût en charge du soutien médical global, la Pologne « s'y prit trop lentement pour fixer les rôles assignés, particulièrement celui des services médicaux. Leur hôpital n'ouvrit qu'en août 1974, ce qui fait que le Canada devait tenir le rôle d'unité médicale de la Force durant les dix premiers mois. La Force n'avait pas de plan médical, et les normes des ressources médicales égyptiennes locales sont inacceptables. » Bien que « les médecins égyptiens paraissent être bien entraînés, l'aide paramédicale est pratiquement inexistante, les installations laissent beaucoup à désirer, et la philosophie égyptienne de la vie est trop différente de la nôtre. Si Allah a décidé qu'aujourd'hui est votre jour — alors qu'il en soit ainsi[33]. » Comme nous l'avons vu lors de précédentes missions en Afrique, les différences de culture se sont souvent avérées frustrantes pour les praticiens canadiens qui étaient, eux, le produit de l'approche occidentale de la médecine.

Les choses finirent, tout de même, par se tasser et l'on s'installa dans une certaine routine, tandis que l'équipe médicale canadienne opérait en tant que partie d'une unité de base, en apportant son soutien à la

32. ANC, RG 24, v 21,832, FMC 1050-100/M1, pt 2, Defence Medical Association, Proceedings of the Annual Meeting, 7-8 November 1974, Apps 7, LCol R. Slavik, Role of the CFMS in UNEF (ME).
33. *Ibid.*

73e Unité des services (logistiques), à la 116e Unité de transport aérien, et à la 73e Unité de transmissions. La Compagnie médicale/dentaire n° 73 fut divisée en Salle d'examen médical et salle commune, salle d'opérations, laboratoire/Rayons X, et section dentaire, avec des effectifs de dix officiers et de 41 autres grades au total. Entre décembre 1973 et avril 1974, la revue des malades oscillait entre 630 et 780 par mois, les admissions canadiennes à l'hôpital variant entre 30 et 51 et les non canadiennes entre 9 et 17. « Pendant ma période de service, neuf (9) victimes nécessitant des chirurgies furent admises à la suite de blessures de guerre, une (1) BPB [blessure par balle] et huit (8) à la suite d'explosions de mines terrestres. Le cas de BPB fut traité par suture... et rapatrié en Autriche pour un congé de réadaptation. Après dix semaines postopératoires, ce soldat avait rejoint son contingent. » Pour ce qui est des explosions de mines, elles se soldèrent par deux morts, une amputation, deux évacuations du théâtre des opérations, et trois qui ont repris le service après avoir subi une intervention chirurgicale[34].

L'un des incidents survenus lors de l'explosion d'une mine « pourrait présenter un certain intérêt... » poursuivit Slavik. En effet, « neuf (9) soldats péruviens replaçaient une tente qui avait été renversée par de grands vents dans la zone tampon. Alors qu'il était sur le point d'être installé, le dernier piquet de la tente heurta une mine terrestre, dont l'explosion a fait neuf victimes — les neuf soldats — dont deux (2) sont morts sur le coup, les sept (7) autres étant évacués vers un hôpital militaire égyptien, et cinq (5) d'entre eux immédiatement transférés à la Compagnie médicale canadienne dans un hélicoptère militaire égyptien. » Ces derniers ont été traités chirurgicalement pour diverses plaies perforantes. « Deux (2) furent évacués au Pérou, 14 jours postopératoires, et trois (3) ont réintégré le service. » Deux autres, « qui étaient restés à l'hôpital militaire égyptien, furent transférés dans l'installation canadienne 24 heures après une laparotomie, dans un très triste état, les deux patients se trouvant, à leur arrivée, dans un état de choc profond. À l'origine, il n'y avait pas de pression artérielle, mais la réanimation était spectaculaire et momentanément efficace. L'état d'une victime a été stabilisé à un point tel qu'il fût possible de la transférer par voie aérienne au BMH [British Military Hospital ou Hôpital militaire britannique] à Chypre, huit jours postopératoires. Malheureusement, cette personne décéda trois (3) mois plus tard, et je suis dans l'impossibilité de formuler des observations supplémentaires. Le deuxième cas fut stabilisé, ce qui permit une nouvelle intervention chirurgicale dans l'installation canadienne — plusieurs blessures non suturées de l'intestin furent observées et traitées... Plusieurs drains furent placés dans la cavité

34. *Ibid*

abdominale. » Toutefois, « malgré les efforts héroïques du chirurgien, le patient succomba, dix jours après l'explosion, à un blocage rénal suite à une septicémie[35] » ou empoisonnement du sang.

En dépit de ces tragédies, « le soutien du SMFC à la FUNUMO représentait un effort très appréciable. Plusieurs erreurs ont été commises, plusieurs leçons réapprises, et plusieurs problèmes auraient pu être évités si ce n'était l'inexpérience, particulièrement de ma part. Le SMFC n'a pas participé à des opérations de ce genre pendant plusieurs années, et on espère profiter de ce type d'occasions afin de continuer à avoir des connaissances spécialisées dans la chirurgie de campagne et la médecine militaire[36]. » Dans un rapport de suivi à celui de Slavik, le médecin-chef nota que l'actuel officier commandant de la compagnie médicale était un lieutenant-colonel Haley, de la 23e Compagnie médicale (Milice) d'Edmonton, attaché à la Force d'urgence des Nations Unies pour six mois. Il était, néanmoins, le seul réserviste médical dans la force, car « bien que certains membres du contingent canadien soient des volontaires des FC (Réserve), aucun homme de métier médical de la Milice n'a été recruté[37] ».

Si la FUNU fut en quelque sorte une surprise pour les praticiens médicaux militaires, elle n'était pas la dernière, exemple donné dans les années 1970 par l'Opération *Dolomite*. À la suite d'un tremblement de terre qui secoua l'Italie dans les premiers jours de 1976, les Forces canadiennes Europe (ou FCE) ont reçu pour instructions « d'envoyer une équipe d'aide et de sauvetage canadienne en Italie pour aider ce pays dans les opérations de secours suivant le séisme ». D'une façon générale, une force opérationnelle composée d'unités du 4e Groupe-Brigade mécanisé du Canada établirait une base auto-suffisante dans la région sinistrée, afin de fournir une assistance médicale ou autre « ainsi que cela est demandé ». Bien que « la mission de la force opérationnelle ne doive, en aucune façon, porter atteinte » à la capacité opérationnelle des Forces canadiennes Europe, « la force opérationnelle doit être éminemment ostensible et révélatrice des compétences particulières et des préoccupations humanitaires des FAC [Forces armées canadiennes][38]. »

Les praticiens médicaux étaient sur place en Italie le 10, trois jours après la diffusion des ordres le 7, bien que la situation fût en quelque sorte chaotique, non seulement à cause du séisme mais aussi parce que les organismes d'aide étaient nombreux et variés. L'une des questions

35. *Ibid.*
36. *Ibid.*
37. ANC, RG 24, v. 21,832, FMC 1050-100/M1, pt 2, Defence Medical Association, Proceedings of the Annual Meeting, 7-8 November 1974, Appx 10, Report of Surgeon General.
38. DHH, 77/216, Annex B, Commander CFE, 7 May 76 ; Annex D, Minutes of Briefing in CFE Ops Centre, 10 May 76 ; Annex E, Minutes of Briefing in CFE Ops Centre, 11 May 76.

qui furent posées lors d'un briefing était la suivante : « A-t-on mis en œuvre un programme d'immunisation, sachant qu'une grande quantité de vaccins antityphoïdiques a été envoyée dans la zone d'opérations ? » Aucune réponse ne fut donnée dans l'immédiat. Pourtant, le 11, on avait pu indiquer que, pour le village de Pioverno, « un camp de tentes a été établi pour procurer des préparations alimentaires, de l'eau, un abri, et une aide médicale. » Le personnel canadien a fini de « déployer des tentes, et d'installer des lits et des cuisines à San Daniele », en soutien à l'hôpital local[39]. Ce dernier a joué un rôle central dans le travail médical durant la période restante du déploiement.

Le 12, « il apparaîtra généralement que la situation d'urgence des premiers jours est maintenant dépassée », mais cela indiqua simplement que la force opérationnelle se faisait désormais une meilleure idée de ce qui était nécessaire. L'aide médicale continuera à être prioritaire, tout comme l'appui du génie aux sapeurs-pompiers, ainsi que la nourriture et les abris. Ce jour-là, cinq patients sont arrivés à San Daniele, et on demanda un médecin militaire, quatre adjoints médicaux, et deux ambulances ; la demande fut acceptée. Dans la localité proche de Venzone, des patients furent transportés dans deux ambulances par un médecin militaire et trois adjoints médicaux, vers des installations qui n'avaient pas été endommagées par le tremblement de terre. Alors que la situation sanitaire locale se clarifiait, le médecin-chef du commandement indiqua que les personnes se joignant à la force opérationnelle auraient besoin d'injections de rappel contre le typhus et d'autres maladies. Les opérations s'installaient ainsi dans une certaine routine, et l'on put rapporter que « M^me^ Margarita Perisano, la première patiente dans la salle d'opération de l'hôpital San Daniele, qui venait juste d'être mise sur pied par le personnel canadien, a donné naissance à son septième enfant, une fille pesant 7,2 livres. » Elle n'était que l'un des 33 patients traités ce jour-là à San Daniele par une équipe comprenant un médecin militaire, quatre adjoints médicaux, et 48 autres membres du personnel des différents métiers des forces armées, sur place « pour aider les autorités médicales italiennes[40]. »

On devrait toutefois noter que le désordre qui avait caractérisé le déploiement initial persistait quelque peu tandis que la routine des opérations s'installait. Le 14, le médecin-chef du commandement indiquait qu'il avait reçu un bon de commande « pour des médicaments spéciaux ». Ne sachant pas à quoi ils étaient exactement destinés, il pouvait seulement estimer « qu'ils doivent être pour des patients hospitalisés ». De

39. *Ibid.*
40. DHH, 77/216, Annex G, Minutes of Briefing in CFE Ops Centre, 12 May 76 ; Annex H, Minutes of Briefing in CFE Ops Centre, 13 May 76.

même, le chef d'état-major posa la question suivante au commandant de la base : « pourrions-nous obtenir quelque éclaircissement sur l'utilisation des vaccins par les Français à Venzone », sachant que « des officiers français ont demandé des inoculations pour 120 personnes », bien que l'emplacement et les fonctions de ce contingent fussent quelque peu mystérieux. Des indications telles que « certaines personnes Med vues » n'étaient pas particulièrement utiles à cet égard. Aussi, « les États-Unis ont constitué une équipe médicale spéciale d'évaluation sous la direction du vice-président, "pour recommander la fourniture de provisions méd aux contingents nationaux" », bien que cela ne fût pas plus clair que les intentions françaises. De ce fait, les Canadiens se concentrèrent assez raisonnablement sur leurs propres opérations. Ce jour-là, en effet, des patients ont été traités au poste sanitaire à Venzone, alors que trois ambulances assuraient un soutien médical. À San Daniele, une section transporta des meubles et des équipements d'hôpital alors qu'une autre aidait dans la mise en place d'un hôpital de campagne[41].

En respectant les instructions selon lesquelles l'Opération *Dolomite* ne devait pas porter atteinte aux capacités des Forces canadiennes Europe, le commandant de celles-ci « a contesté l'utilisation de fournitures médicales et de vaccins canadiens dans la région. Il donna ensuite des directives pour communiquer avec les autorités italiennes, et demanda qu'on procure les fournitures médicales nécessaires à notre personnel hospitalier sur place ». Il ne paraissait pas y avoir d'objections et, en fait, il semblait que le sentiment de gratitude prédominait dans les rapports établis par le personnel médical sur les réactions de la population locale. La motivation était, par conséquent, facile alors que les patients étaient traités dans des installations déjà existantes, tandis que, près de Mira Fiore, « une équipe de médecins et de sapeurs a été envoyée en recce (reconnaissance) pour une cité de tentes pour 700 personnes ». Le 18, le commandant des Forces canadiennes Europe pouvait ainsi faire valoir au lieutenant-colonel R. E. Moore, le commandant des Canadiens en Italie, que « votre force opérationnelle a très bien fait son travail. La situation se stabilise et le jour se rapproche où les autorités italiennes commenceront à exécuter des plans de reconstruction à long terme. Votre force opérationnelle peut donc être retirée alors que les autorités locales prennent votre relève dans le domaine de l'aide. » Bien plus, « des consultations intensives ont été menées tôt cette semaine avec les autorités italiennes par le MCC et l'OSEM GC[42] », ces deux derniers étant le médecin-chef du commandement et l'officier supérieur d'état-major du génie construction.

41. DHH, 77/216, Annex J, Minutes of Briefing in CFE Ops Centre, 14 May 76.
42. DHH, 77/216, Annex K, Minutes of Briefing in CFE Ops Centre, 15 May 76 ; Annex M, SDO Briefing, 16 May 76 ; Annex P, Operation Instruction 02, 18 May 76.

Ils ont fait état des tâches en cours, notamment « la fourniture de matériel de tente pour hôpital et les services de soutien hospitalier (non médical) », à San Daniele, alors que le corps principal à Venzone se concentrait, sur le plan médical, sur « l'immunisation de la population civile », « les principales fournitures pharmaceutiques qui ne seraient pas autrement disponibles », et « les conseils à donner au sujet de l'hygiène ». Pour ce qui est de l'avenir, à San Daniele, « le surintendant médical de cet hôpital était catégorique en cela que la contribution canadienne en hommes et en tentes était et sera fondamentale pour la poursuite de son opération jusqu'au jour où ses patients pourront être hébergés d'une autre façon ». Le médecin et l'ingénieur étaient d'accord, jusqu'à un certain point, recommandant que « le matériel de tente canadien devrait continuer à être utilisé par l'hôpital de San Daniele jusqu'à ce qu'il soit remplacé dans deux ou trois semaines. Après la réduction progressive des effectifs actuels, il sera nécessaire de garder sur place un petit détachement de supervision canadien ». Cependant : « Il n'y a pas de tâche viable pour le personnel médical canadien à San Daniele. » Ainsi, restait-il très peu de choses à faire médicalement parlant, notamment depuis que « le maire de Venzone a affirmé que presque toutes les immunisations civiles ont été achevées[43] ». Il était temps de partir.

Comme le médecin de commandement le saura rapidement, il était toutefois plus facile de venir que de s'en aller. Lors d'un briefing le 22, « le colonel Tucker fit part de ses préoccupations concernant les passages couverts reliant les hôpitaux de tentes à l'immeuble. Il estimait que ces dispositions, importantes sur le plan opérationnel, pourraient poser un problème lorsque nous souhaiterons les enlever ». La réponse, venue du lieutenant-colonel Cuningham, ne pouvait être entièrement satisfaisante, « soulignant que c'était là un des problèmes avec les deux tâches apparemment opposées de l'aide et du retrait ». En fait, 66 réfugiés et patients se trouvaient toujours à l'hôpital de campagne du détachement à San Daniele, bien que le rétablissement de l'électricité commerciale dans les installations civiles annonçât la fin de la présence canadienne au cours des jours prochains[44].

C'est ainsi que, le 24, « on déménagea les meubles d'hôpital. La force opérationnelle dans cette région fut réduite à la taille de la moitié d'une section pour les opérations d'entretien de l'hôpital. 27 réfugiés et 29 patients sont sous la toile canadienne », une réduction par rapport à la situation deux jours antérieurs. Le lendemain, on débrancha le géné-

43. DHH, 77/216, Annex P, Lt Col H. R. Bohne, SSO CE, Report on Visit to Udine Area 16/17 May 76 by Surg CFE and SSO CE, 18 May 76.

44. DHH, 77/216, Annex T, Minutes of Briefing in CFE Ops Centre, 22 May 76 ; Annex V, SDO Briefing, 24 May 76 ; SDO Briefing, 25 May 76 ; SDO Briefing, 27 May 76 ; Minutes of Briefing in CFE Ops Centre, 31 May 76.

rateur et, le 27, on remit l'hôpital de campagne aux autorités locales. Il ne restait plus qu'à partir — le corps principal se dirigea vers l'Allemagne le 31 — et à prononcer les discours de clôture. Le brigadier-général Belzile, le commandant par intérim des Forces canadiennes Europe, rendit hommage au « professionnalisme dont a fait preuve l'équipe FCE/BASE dans l'Opération *Dolomite*. Elle a donné une nouvelle occasion aux centres d'opérations et aux sections de se soumettre à une épreuve grandeur nature pour entreprendre les actions mêmes pour lesquelles ils ont été conçus[45]. » Et à très court préavis, aurait-il pu ajouter.

L'Opération *Dolomite* ne fut pas unique en son genre. En effet, quelques années plus tard survint une surprise du même gabarit : l'Opération *Abalone*. Au début du mois d'avril 1979, une série d'éruptions secouèrent l'île Saint Vincent, dans les Caraïbes, nécessitant l'évacuation de 15 000 à 20 000 personnes vers quelque 60 à 70 camps de réfugiés dans la partie sud de l'île. « Une équipe médicale de 13 membres de la 2e Ambulance de campagne de la FOS [Force d'opérations spéciales] fut dépêchée dans l'île », alors qu'un groupe d'ordres définit le rôle du détachement. Il s'agirait de « traiter et de garder les victimes », de « fournir de l'aide dans tout problème de santé publique », ainsi que d'« établir une évaluation de la situation médicale et en faire rapport au bureau du médecin-chef, QGDN, dans les 24 heures suivant l'arrivée. » De Petawawa, le petit groupe se rendit à Ottawa emportant avec lui un véhicule de charge, une remorque, une ambulance, une tente modulaire, 100 couvertures, des comprimés pour purifier l'eau, un générateur de 100 kilowatts, et un appareil de chauffage Herman Nelson. Le tout fut embarqué dans un avion cargo CC-130, tandis qu'un officier du bureau du médecin-chef mettait le commandant du détachement, le capitaine D. Tyrrell, au courant de ce qui se passait[46].

Le rôle de ce dernier était à plusieurs facettes. D'abord, il devait « obtenir une autorisation verbale pour pratiquer la médecine à St-Vincent dans des situations d'urgence », étant donné que ni lui-même ni aucun membre de son équipe était certifié dans ce pays. Il devait également « éviter de s'engager à fournir davantage d'aide du Canada sans avoir obtenu la permission d'Ottawa », les ressources médicales militaires étant en quelque sorte limitées, comme nous l'avons vu. Il restait que le capitaine devait « rester indépendant, autant que possible, de façon à ne pas paraître comme un fardeau pour les autorités locales ». Après que son avion eut atterri, il entra en contact avec le Dr Liverpool, le coordonnateur pour le Comité médical d'urgence, ainsi qu'avec plusieurs membres de l'équipe médicale de l'hôpital général de Kingstown. Parmi

45. *Ibid.*
46. DHH, Annual Historical Reports, 2104, Operation Abalone, Post Operation Report, nd.

les défis identifiés se trouvaient « des problèmes aigus — gastro-entérite, gale, conjonctivite », « Santé publique — eau, manipulation de la nourriture, etc. », et « Problèmes chroniques — patients atteints d'hypertension sous médicaments, diabétiques, et patients cardiaques, infections parasitaires, et problèmes dentaires. » Certaines idées se sont révélées irréalisables. Par exemple, « il fut décidé, à ce stade, d'entreprendre un dépistage de parasites sur 20 000 personnes, ce qui constitue un problème endémique dans cette région, par le professeur local de médecine. Heureusement, le bon sens a prévalu et ce projet a été abandonné. » Il représentait tout de même une tâche immense. « Il fut décidé que nous devrions fournir une clinique médicale mobile aux régions où le besoin était le plus pressant[47]. »

Un des principaux acteurs de ce plan était le caporal-chef Naylor, un technicien de la médecine préventive, qui « était extrêmement utile pour effectuer des inspections et donner des conseils sur les mesures de santé dans les centres d'évacuation, à savoir plus de 60 centres assurant nourriture et abri pour 15 000 à 20 000 personnes. Ces rapports traitaient essentiellement de l'évacuation des eaux usées, de la manipulation des aliments, et de l'élimination des ordures. Ces recommandations étaient transmises au Comité central médical pour définir les mesures à prendre. » En plus, « on procurait des soins médicaux cliniques selon les besoins, en liaison quotidienne avec le coordonnateur du Comité central médical. Cela visait à combler les lacunes dans un système médical clinique qui, avant le désastre, fonctionnait normalement. Il a été prouvé que notre mobilité et notre vitesse de mobilisation sont un atout[48]. »

Comme on peut s'y attendre pour un tel déploiement, certaines leçons ont été apprises de haute lutte, comme le caractère inapproprié de la nourriture que l'équipe médicale avait apportée pour sa propre consommation, appelée ration de combat individuelle ou RCI. « On a trouvé que ces menus étaient similaires en fabrication et constituaient un repas trop lourd pour des climats tropicaux. Sous les Tropiques, la consommation par homme et par jour est d'à peu près 2000 calories, alors que les menus contenaient un minimum de 5000 calories. » Ajoutons à cela qu'on a découvert du bétail atteint de brucellose, et le lait en poudre aurait donc été le bienvenu. Une autre remarque découlant de ce déploiement sous des climats plus chauds était « qu'il était évident qu'on devait avoir une période d'acclimatation supervisée et suivie avec vigilance dans ce genre de climat. Le coup de soleil, dans la mesure où il frappe le soldat d'incapacité, représente certainement un risque, aussi bien que le coup de chaleur et l'épuisement par la chaleur[49]. »

47. *Ibid.*
48. *Ibid.*
49. *Ibid.*

Ce que le Service médical des Forces canadiennes apprenait de ses déploiements n'était que bon, étant donné que, pendant les décennies qui suivirent, on fit souvent appel à lui pour soutenir des opérations outre-mer. Un bon exemple des années 1980 fut l'Opération *Vagabond*, la mission d'observation du cessez-le-feu instauré entre l'Irak et l'Iran en 1988 au terme de huit années d'une guerre sanglante. Chaque région du monde pose ses propres défis médicaux, l'Irak et l'Iran ne faisant pas exception. Toutes les troupes canadiennes se dirigeant vers cette partie du monde auraient besoin d'être immunisées — ou d'avoir leur immunisation à jour — contre le tétanos, la diphtérie et la fièvre jaune, en plus de la vaccination contre la typhoïde et la polio, qui est également recommandée. La chloroquine pouvait être utilisée contre la malaria, car, bien que les souches résistant à ce médicament aient évolué au cours des décennies précédentes, elles sont surtout communes près de la frontière afghane, à grande distance de là où les Canadiens opéreraient. « Les maladies à transmission vectorielle abondent dans cette région, par exemple la fièvre de phlébotome, dengue, paludisme et leishmaniose », rendant nécessaires les méthodes de barrière, telles que les insectifuges et les moustiquaires en tulle[50].

De surcroît, « il y a une multitude d'intoxications alimentaires (comme la typhoïde et l'hépatite A) et de maladies d'origine hydrique (choléra et hépatite non A/non B) qui pourraient toucher le personnel et donc la mission. L'immunisation, par exemple la typhoïde et l'IG [immunoglobuline contenant des anticorps à certains virus et bactéries], ne peuvent assurer un haut niveau de protection, et jusqu'à preuve du contraire, toute nourriture et toute eau trouvées sur place devraient être considérées comme étant suspectes sur le plan microbiologique, et des mesures devraient être prises par la force de maintien de la paix pour procurer une nourriture et de l'eau saines, alors que les membres de la force devraient s'astreindre à une discipline au niveau de l'eau et de la nourriture. Le prédéploiement et l'éducation périodique dans ce domaine sont considérés comme vitaux[51]. » Il n'y avait pas d'arguments en sens contraire.

Il faudrait également éduquer ou rééduquer chaque soldat sur la façon d'opérer dans des environnements chauds et froids, y compris sur des questions relatives à la consommation de fluides, l'acclimatation, l'habillement approprié, les soins de la peau, les soins des yeux et la protection contre les coups de soleil. « Les dangers de la flore et de faune » devraient également faire partie de tout briefing pré-déploiement. Un danger qui a fait plus récemment son apparition dans le lexique de la médecine

50. ANC, RG 24, v.22,868, 3375-OV, FMC HQ to HQ SSF Petawawa, 28 Jul 88.
51. *Ibid.*

préventive était le sida, « bien que des cas VIH n'aient pas été officiellement rapportés à l'OMS dans aucun des deux pays. L'Irak impose un examen de séropositivité VIH à tout étranger âgé de moins de 60 ans et qui compte séjourner en Irak pour plus de 14 jours. Apparemment, les tests sont effectués à l'arrivée en Irak, et un test fait ailleurs, au Canada par exemple, n'est pas accepté. Cette exigence devra être clarifiée pour les membres de cette force de maintien de la paix. On demandera avec insistance à une autorité compétente de l'ONU de faire en sorte que l'Irak accepte d'abandonner cette exigence... D'autres MST sont rapportées dans les deux pays. Le taux de portage Hépatite B est assez élevé. Les forces de maintien de la paix doivent être informées sur les MTS et les façons de les éviter, et des préservatifs doivent être mis à la disposition de ceux qui ne peuvent pas rester inactifs sexuellement », un changement marqué de la politique qui avait été suivie en Tanzanie. « Une immunisation de tout le contingent contre l'hépatite B n'est pas particulièrement recommandée en ce moment. » Une question associée concernait l'approvisionnement en produits sanguins, et « à moins de pouvoir obtenir l'assurance que le sang et les produits sanguins locaux avaient été testés contre le VIH et l'hépatite B, il est préférable d'éviter ces produits[52]. »

Cela ne s'arrêta pas là, du moment que les « substances donnant lieu à des abus (autre que l'alcool probablement) étaient assez disponibles en Iran/Irak, et nos forces de maintien de la paix doivent être informées de manière appropriée ». La tuberculose étant une maladie assez répandue dans la région, les soldats devaient être testés avant et après le déploiement, alors que « se baigner pourrait exposer les nageurs aux dangers de maladies infectieuses, telles que la bilharzie » ou infestation par un ver parasite du sang. « Pour cela, il faut éviter de nager, de patauger ou de se baigner dans de l'eau fraîche/non traitée d'un courant, d'un étang, d'un canal. Les plages d'eau salée ne posent probablement pas de problème du moment qu'elles ne sont pas contaminées par les eaux d'égout. » Finalement, « on peut prévoir que les accidents, surtout ceux associés à l'usage de véhicules, seront une raison première de morbidité sérieuse dans les rangs du personnel de maintien de la paix. Il faut activement décourager une attitude de prise de risques inutiles, et encourager les bonnes habitudes de protection, telles que l'usage des ceintures de sécurité[53]. » Cessez-le-feu ou pas, la mission ne pouvait pas être sans risques.

La mission Iran-Irak n'était qu'une seule parmi des douzaines pour lesquelles des troupes canadiennes se sont déployées vers la fin des années 1980 et durant les années 1990, faisant que les unités médicales se sen-

52. *Ibid.*
53. *Ibid.*

taient sous pression. L'une de ces unités était la 2e Ambulance de campagne qui, en 1989, « soutint un grand nombre d'unités dans les phases de pré et post-déploiements d'opérations des Nations Unies, incluant l'Op *Snowgoose* — des Royal Canadian Dragoons, de maintien de la paix à Chypre ; Op *Matador* — 89e Unité de logistique en Namibie ; Op *Sultan* — au Honduras pour le maintien de la paix ; et Op *Hugo* une mission de secours après un ouragan[54]. » L'année suivante, parmi tant d'autres tâches, la « 2e Ambulance de campagne reçut la mission de fournir un adjoint médical qualifié 6B pour organiser et opérer une salle d'examen médical (SEM) au Quartier général interarmées des Forces canadiennes au Moyen-Orient à Bahreïn, dans le golfe Persique… Cette attribution des missions a été faite en tant qu'affectation temporaire à partir du 13 octobre 1990, et il est prévu qu'elle continue jusqu'au 10 avril 1991[55]. » Il s'agissait là, en fait, d'un volet du déploiement canadien durant la guerre du Golfe, dont il sera question en détail dans le chapitre dix.

Une chose était sûre, vers la fin de la Guerre froide, plusieurs des missions du SMFC survenaient sans avertissement au préalable. Même si cela peut être interprété comme étant dû à un manque de prévoyance de la part du Service médical, il faudrait rappeler au lecteur que, malgré le grand développement des sciences sociales au cours des cent dernières années, les relations humaines restent des plus imprévisibles. Pour le SMFC, cela signifiait que la flexibilité était un mot d'ordre aussi important que la préparation, la formation constituant une part importante de cette dernière. Mais un développement intéressant de la Guerre froide après l'armistice en Corée fut que l'Ambulance de campagne, unité centrale du point de vue opérationnel durant les deux guerres mondiales et le conflit coréen, devint essentiellement une organisation de formation dans les décennies subséquentes. Que ce soit pour des tâches de nature missionnaire comme au Ghana et en Tanzanie ou pour des opérations de maintien de la paix dans des régions telles que l'Asie du Sud-Est et le Moyen-Orient, les Ambulances de campagne n'étaient pas déployées en tant que telles, mais servaient à fournir le matériel et le personnel nécessaires. Cette tendance persistera tout au long de la période de l'après-Guerre froide, les praticiens médicaux en tant qu'individus devenant, en un sens, plus importants que les unités auxquelles ils appartenaient, et ces dernières évoluant de leur rôle de soutien aux armes de combat à celui consistant à s'assurer que leur personnel serait prêt à se déployer auprès d'un large éventail de missions, n'importe où sur la planète.

54. DHH, Annual Historical Reports, 2104, For Year 1989.
55. DHH, Annual Historical Reports, 2104, For Year 1990.

Chapitre huit

Les dernières années de la Guerre froide : infrastructure, soins de santé et traitement des victimes

Le fait que les années 1960 aient marqué la fin de l'âge d'or dans l'histoire des services armés du Canada peut être illustré de plusieurs façons. Bientôt, en effet, serait aboli le ministère de la Production de la Défense, constitué en 1950 après le déclenchement de la guerre de Corée, et dont le rôle consistait à acquérir ce dont la Défense nationale avait besoin. Les derniers de vingt destroyers d'escorte, qui se faisaient construire pour la Marine royale du Canada, allaient servir pendant trois décennies ou plus, bien qu'évidemment cela ne fût pas connu à l'époque. Ainsi donc prenait fin cette phase de la Guerre froide où le Canada se préparait activement à un conflit avec l'Union soviétique. Le pays portait maintenant son attention sur l'affaiblissement de son dollar, ses déficits budgétaires et les programmes sociaux comme le régime d'assurance de soins médicaux. Jusque-là, et depuis que la Corée du Nord avait envahi son voisin du sud en 1950, on estimait que la menace principale pour la société canadienne provenait de l'extérieur. Mais dorénavant ce ne sera plus le cas, et la menace intérieure ne porte pas un nom simple comme communisme, elle est plus complexe, telle la désagrégation sociale, la disparité des revenus et les obstacles artificiels. Du point de vue des services armés du Canada, l'exemple le plus frappant de la recherche d'une nouvelle orientation par les responsables politiques est la Commission Glassco, ou Commission royale d'enquête sur l'organisation du gouvernement, qui établit un rapport en 1963 sur les moyens d'améliorer l'efficacité du gouvernement — des moyens qui étaient de mauvais augure pour les budgets du MDN en général et pour ceux du Service médical des Forces canadiennes en particulier.

Dans l'une de ses recommandations, qui visait le cœur du SMFC, la Commission Glassco proposait « de transférer progressivement les hôpi-

taux militaires aux hôpitaux civils, et de ne pas construire de nouveaux hôpitaux militaires, ou de remplacer ou d'agrandir ceux déjà existants ». La justification d'un changement d'orientation aussi brutal paraissait logique, du moins en apparence. « Dans le domaine des soins médicaux, les forces armées ont certaines exigences évidentes, que leurs propres ressources devraient satisfaire. En plus de secourir les blessés en temps de guerre, on doit pourvoir aux besoins du personnel dans les casernes, sur mer ou dans des endroits isolés. En général, on doit continuer à pourvoir en personnel le système existant, constitué d'infirmeries et de quartiers pour malades, et à le maintenir pour de tels objectifs, tandis que les forces armées doivent conserver le niveau de leurs effectifs de médecins qualifiés, d'infirmiers et d'autres membres du personnel ayant reçu une formation spéciale. » Il en était toutefois autrement pour les installations plus perfectionnées : « en temps de paix, les forces armées à l'intérieur du Canada n'ont pas besoin de leurs propres hôpitaux spéciaux de soins actifs. La nature de la guerre et de ses dangers nucléaires ôte toute portée à l'idée selon laquelle la mise en place d'une capacité hospitalière pour les blessés de guerre aurait pu apparaître comme une sage précaution. On peut estimer que la possibilité pour les médecins militaires d'exercer leur profession dans leurs propres hôpitaux est nécessaire pour atteindre un niveau convenable de compétence professionnelle, ainsi que pour influencer généralement, de manière positive, l'esprit-de-corps. Mais alors que ce point de vue peut avoir un certain bien-fondé, vos commissaires ne voient aucune raison convaincante ou impérieuse qui empêcherait l'éventuelle hospitalisation du personnel militaire dans les aménagements communautaires[1]. »

En réalité, l'infrastructure légale pour une telle politique était déjà en place. « Dans le cadre des plans d'assurance hospitalisation provinciaux, le personnel militaire pouvait être hospitalisé dans la province où il se trouverait et, de l'avis de vos commissaires, on devrait avoir recours aux aménagements communautaires plutôt que de créer des installations isolées. Ce ne sont pas seulement des considérations de coût et de qualité de soins médicaux qui expliquent cette position, mais la conviction que l'établissement d'un système d'hôpitaux militaires à travers le Canada serait une extension inutile des responsabilités des forces armées et qui ne présente pas d'avantages significatifs[2]. »

Réagissant à cet état de choses, le médecin-chef, T. B. McLean, donna aux autorités une leçon d'histoire, en affirmant qu'au début des années 1950, le nombre des diplômés en médecine qui se joignaient aux forces armées était insuffisant à cause de quatre problèmes : « le manque d'oc-

1. ANC, RG 24, Acc 83-84/167, boîte 6609, 2-70-156-12, SG to PMC, 16 Sep 63.
2. *Ibid.*

casions pour faire carrière », « l'absence de prestige professionnel », « de strictes limitations de la structure des grades au sein des branches médicales » et « une rémunération inappropriée proportionnellement aux qualifications professionnelles ». Selon le médecin-chef, qui développait son argumentation avec sans doute un peu d'exagération, la formation du SMFC avait réglé les quatre problèmes ci-dessus, les deux premiers avec l'établissement d'hôpitaux. « Si on devait conserver un service médical pour les forces armées, il serait obligatoire d'avoir des hôpitaux », indiquait-il. « Sans des hôpitaux pluridisciplinaires au Canada, la compétence professionnelle des médecins militaires se détériorera rapidement. Et si l'on devait la suivre, la recommandation de la commission royale rendrait nul et non avenu le Service médical des Forces canadiennes et le détruirait, en le condamnant à une rapide régression vers un état d'impuissance clinique[3]. »

Pour renforcer son argumentation, McLean fit valoir que les hôpitaux des forces armées étaient financièrement une bonne affaire. Par exemple, relevait-il, « le coût des services professionnels pour le mois de novembre 1962 à l'hôpital des Forces canadiennes de Kingston, sur la base du guide des tarifs de l'Ontario Medical Association, se serait élevé à 38 000 $. La paie et les indemnités pour les médecins militaires étaient de seulement 15 000 $ » ou moins de la moitié. « Il est bien connu que, très souvent, les militaires recevant des traitements dans certains hôpitaux civils ou dans ceux du ministère des Anciens Combattants ne sont vus que par le personnel résident. Nous estimons qu'il en résulte des soins de qualité inférieure que ceux prodigués dans nos propres hôpitaux pluridisciplinaires, où les spécialistes du service sont présents durant toute la journée de travail. Nous estimons également que les militaires hospitalisés dans certains établissements civils ou d'Anciens Combattants servent d'appât pour les internes et les résidents », une accusation d'autant plus dure que le médecin-chef n'avança aucune preuve pour la soutenir[4].

Pour ce qui est de l'arrêt de toute nouvelle construction, McLean nota que « pour le moment, aucune construction d'un hôpital militaire n'est en cours et on ne projette pas d'agrandir des établissements déjà existants. Cependant, en divers endroits du Canada, il existe des installations de type "baraquement" qui, en plus d'être une disgrâce militaire, sont une disgrâce nationale. Elles doivent être remplacées, afin de pouvoir être en mesure de prodiguer les soins médicaux appropriés. » Comme on pouvait évidemment s'y attendre, les conclusions du Médecin-

3. ANC, RG 24, 83-84/167, boîte 7720, 20-1-1, pt 27, Surg RAdm T.B. McLean, SG, Supporting Data for PMC, 16 Sep 63.
4. *Ibid.*

chef différaient de façon nette de celles de la Commission Glassco, McLean affirmant : « Pour le moins qu'on puisse dire, l'on ferait preuve de manque de cohérence et, en réalité, on donnerait un exemple consternant si l'on sapait le Service médical en se débarrassant de ses hôpitaux. » Une autre conclusion, trahissant en quelque sorte un peu moins de colère, faisait état des « coûts bien plus importants en services professionnels qui découleraient du remplacement des médecins militaires par des médecins civils, sans parler des soins hétérogènes procurés par les plans d'assurance hospitalisation, qui imposeraient aux services armés au moins 12 normes de soins médicaux pour leur personnel[5] », référence faite aux dix provinces et deux territoires. D'une façon générale, le Comité des directeurs du personnel souscrivit aux vues de McLean.

Abondant dans le même sens, un comité interministériel souligna, quant à lui, que « le Service médical des Forces canadiennes est engagé à assurer des soins médicaux complets à tous les militaires canadiens, non seulement au Canada mais aussi en Europe, en Afrique, au Moyen-Orient et en Extrême-Orient, ainsi qu'à certains civils et à plus de 35 000 personnes à charge, accompagnant les militaires dans des régions isolées du Canada et outre-mer. Aux yeux du comité, il paraît évident que les hôpitaux pluridisciplinaires du Service médical des Forces canadiennes doivent être maintenus au Canada, dans le but de préserver la compétence clinique et un système de rotation pratique. Ils sont incontournables pour assurer la formation la plus compétente du personnel médical du service, pour une formation médicale militaire spécialisée, et pour offrir des incitations de carrière. » Par voie de conséquence, « il est impossible, du point de vue du comité, d'imaginer de quelle façon le Service médical des Forces canadiennes pourrait faire face à ses engagements, ou comment on pourrait attirer le personnel médical au sein des Forces ou le garder sans que l'on assure les opportunités et les incitations qui lui permettraient de développer et de pratiquer ses compétences dans ces hôpitaux. » À la lumière de ce qui précède, le lecteur ne sera point surpris de savoir que le comité recommanda que « le Service médical des Forces canadiennes devrait continuer à opérer des hôpitaux au Canada[6] ».

Dans les années qui suivirent, les coupes budgétaires étaient toutefois inévitables, étant donné le changement des priorités gouvernementales. Un rapport du médecin-chef de 1968 en donne un exemple ; après que le Service médical des Forces canadiennes eut reçu des instructions pour réduire les coûts, il annonça « que l'on a dû reporter d'un an la mise en place d'un hôpital de campagne de 600 lits. Un

5. *Ibid.*
6. ANC, RG 24, Acc 83-84/167, boîte 6609, 2-70-156-12, SG to PMC, 16 Sep 63, Annex A.

Un adjoint médical et ses patients. CIIFC, ILC 91-019-138.

hôpital de 300 lits existe déjà mais ne suffit pas à une brigade en entier. On effectuera d'autres économies au niveau des réserves de médicaments et de matériel. » Une autre possibilité, évoquée dans le rapport de la Commission Glassco de 1963, serait « l'emploi de médecins et d'infirmiers civils », bien que « cela n'ait pas d'effet notable sur le SMFC, à moins que les effectifs actuels du personnel du service ne chutent de façon aiguë[7] ».

Pour des officiers comme le médecin-chef, le président du Conseil de recherches pour la défense et les membres de leurs équipes, il a dû être extrêmement frustrant de s'occuper de cette affaire de réductions budgétaires, non pas tant pour leur impact que pour les longues discussions qui semblaient entourer toute décision découlant des coupes. En 1971, par exemple, Philip S. Corbet, qui présidait le Comité consultatif sur la recherche entomologique du Conseil de recherches pour la défense, écrivit à son supérieur pour se plaindre des changements dans l'équipe du médecin-chef. « Lors de sa réunion à Winnipeg le 12 mai 1972, l'attention du Comité consultatif sur la recherche entomologique du Conseil de recherches pour la défense fut attirée sur le fait que l'on propose d'éliminer le poste d'entomologiste de l'équipe du Médecin-chef au ministère de la Défense nationale, à partir du 31 décembre de cette année. C'est avec le soutien unanime du Comité consultatif que j'écris pour demander que l'on examine de nouveau cette mesure. » Comme l'expliqua Corbet, « depuis 1950 et à de fréquents intervalles, on a discuté de dispositions au sujet d'une coordination entre le comité et les forces armées... En 1950, également, ce comité a organisé le premier cours abrégé sur l'entomologie pour les militaires canadiens. »

7. ANC, RG 24, 83-84/167, boîte 7789, 2-6030-110/M1-1, pt 7, 31e Meeting CFMC, 25 Apr 68.

En fait, « c'est le comité qui avait été le premier à proposer, en 1953, la création de postes de ce genre… à la suite d'une accumulation de frustrations provenant de tentatives, à l'époque, pour adopter et mettre en application, au sein des forces armées, les résultats des travaux de recherche effectués spécifiquement pour les forces armées, sous l'égide de ce comité. Avec l'approbation du premier poste, alors dans la Direction des travaux (Armée), et la nomination d'un titulaire (M. A. E. Winmill) en 1956, la situation s'est immédiatement améliorée et, pour le comité, il apparut du coup évident que c'était là une mesure appropriée qu'il fallait prendre[8]. » Le poste fut quand même supprimé.

Au début des années 1970, on enregistrait une insatisfaction croissante au sein du SMFC, conséquence des coupes budgétaires, de la réduction des effectifs et de la réorganisation qui en a découlé. Afin de bien comprendre certaines des causes d'une telle discordance, il serait bon d'examiner, même brièvement, la chaîne de commandement de l'époque, disons en 1973. À la tête de l'organisation militaire du Canada se trouvait donc le chef d'état-major de la Défense, avec son subordonné immédiat, le vice-chef d'état-major de la Défense. Venaient ensuite six sous-ministres adjoints (ou SMA en langage bureaucratique), l'un en tant que sous-chef d'état-major de la Défense et les autres chargés de la Politique, de l'Évaluation, du Matériel, des Finances et du Personnel. Le médecin-chef (ou chef – Services de santé) en référait au dernier de ceux-ci, avec l'aide de deux adjoints immédiats, le directeur général des services dentaires, et le Médecin-chef adjoint. Sous celui-ci venaient les directeurs de la médecine préventive, les infirmières, le personnel médical et de formation, les services pharmaceutiques, les services de traitement médical, Gestion financière — Service médical ainsi que les Plans et exigences d'ordre médical[9].

À cette époque, il n'y avait plus de chaîne de commandement médicale clairement définie, étant donné que, comme nous l'avons vu, la plupart des unités et des installations médicales relevaient désormais des Commandements, telle que la Force mobile, le Commandement maritime et le Commandement aérien (il y en avait d'autres), qui avaient été formés dans la foulée de l'unification vers la fin des années 1960. On signalera cependant certaines exceptions, comme le Centre médical de la Défense nationale, et la section médicale de l'Institut de médecine environnementale pour la défense (IMED, ex Institut de médecine aéronautique), qui étaient du ressort direct du médecin-chef. Mais,

8. ANC, RG 24, Acc 83-84/232, boîte 24, 1150-110/A71, Philip S. Corbet, Chair Advisory Cttee on Entomological Research to the DRB, to L. J. L'Heureux, Chair DRB, 9 Jun 71.
9. ANC, RG 24, v.21,832, FMC 1050-100/M1, pt 2, Defence Medical Association, Proceedings of the Annual Meeting, 15-16 Nov 73, Annex 2.

d'une façon générale, le personnel médical sur le terrain faisait ses rapports aux services combattants qu'il soutenait. Un des problèmes qui se posaient, selon le médecin-chef lui-même, alors le contre-amiral R. H. Roberts, résidait dans le fait qu'il « devait passer par l'organisation du commandement qui avait imposé un certain nombre de contraintes et n'avait pas brillé dans le domaine du contrôle opérationnel global ». Le médecin-chef, ainsi que le major-général J. W. Barr, qui était lui-même un ancien médecin-chef, ont donc proposé « de rétablir la précédente organisation, où le Médecin-chef exerçait un contrôle direct sur certaines unités. On discuta de ces propositions mais sans que des changements en résultent[10]. » Le Conseil médical des Forces canadiennes (CMFC) portait une grande attention à de telles demandes, soulignant ainsi, en novembre 1974, qu'il « est consterné de voir que la recommandation faite à la 34e réunion du CMFC, le 4 mai 1971, sur une réorganisation du Conseil médical des Forces canadiennes sur une base régionale sous l'autorité du Médecin-chef, n'ait pas été appliquée[11]. »

Il devenait clair que si le Service médical avait passé les années 1950 à tenter de s'organiser pour la guerre, il passerait les années 1960 et les décennies suivantes à s'organiser pour survivre. Cela était bien évident dans des questions relatives aux réservistes médicaux, comme le rapporte en 1973 le lieutenant-colonel E. R. Junkins à l'Association médicale de la Défense. Se référant à des communications du lieutenant-colonel Kryski, commandant de la 6e Compagnie médicale, il se plaignait des difficultés de recruter des officiers et notait « que, dans plusieurs cas, les points soulevés par le colonel Kryski s'appliquaient tout aussi bien à d'autres secteurs », tel celui du recrutement. Une solution possible consisterait à « approuver une "autorisation provisoire pour officiers" afin de permettre aux unités de recruter un officier pour des tâches de formation et de rémunération en attendant l'autorisation de sécurité finale ». Tout militaire devait, en effet, subir une vérification des antécédents, dont l'objectif était de s'assurer qu'il n'était pas au service du bloc communiste ou d'éléments subversifs. Plus loin, « on estimait qu'il était nécessaire que les unités de réserve médicale soient en poste dans des centres de population où il serait possible de recruter suffisamment de personnel médical et paramédical et de le former, et non seulement dans certains lieux choisis pour des considérations géographiques et politiques. » Une autre façon de stimuler le recrutement pourrait être de faire de telle sorte que « le public soit plus en mesure de voir les

10. ANC, RG 24, v.21,832, EMC 1050-100/M1, pt 2, Defence Medical Association, Proceedings of the Annual Meeting, 7-8 November 1974.
11. ANC, RG 24, v.21,832, EMC 1050-100/M1, pt 2, Defence Medical Association, Proceedings of the Annual Meeting, 7-8 November 1974, Appx 9, Report of Chairman Canadian Forces Med Council.

activités de la réserve médicale, par exemple lors des opérations de soutien à la réserve, à la Force régulière ou aux autorités civiles. Ces activités, ainsi que l'utilisation de l'équipement le plus récent et un intéressant programme de formation, favoriseraient l'intérêt et le recrutement dans la réserve médicale[12]. »

Au cours de la même réunion, le colonel I. M. Mackay, représentant de l'Association médicale de la défense auprès du médecin-chef, indiqua que « les réserves médicales comprennent actuellement environ 500 personnes. Cinquante d'entre elles sont de la Marine dans 16 emplacements, dont 13 sont très proches des unités médicales de la milice. Il y en a quelque 16 dans la réserve médicale de l'Aviation, dans des unités proches des unités médicales de la milice. Les autres se trouvent dans des unités médicales de la milice (6 compagnies médicales, 13 sections médicales des Bataillons des services et 32 membres du personnel d'appoint régimentaire ou d'unité). En tout, en très petit nombre et trop morcelé pour être en mesure de tenir le rôle d'une unité de réserve, c'est-à-dire de soutien à la Force régulière. Selon un plan mis au point par le SMFC, il faudrait avoir des effectifs de quelque 1300, qui sont comparables en gros aux effectifs existant avant la fusion de la Force régulière, c'est-à-dire environ 1400, bien que les effectifs réels s'élèvent à environ 700. Les 1300 seraient organisés en 13 unités de réserve médicale de soutien, réparties à travers le Canada. » Parallèlement à leur formation, on verrait « la réintroduction des médecins-chefs (*Surgeons*) du Commandement ou régionaux (Réserve) au grade de colonel... Le médecin-chef (*Surgeon General*) exercerait le commandement technique et un contrôle budgétaire des réserves médicales[13] », faisant ainsi de sorte que ce processus soit intégré à la centralisation, une cause pour laquelle il plaidait depuis l'unification.

Il est possible que les Commandements aient été moins intéressés par les réserves que par le contrôle du personnel de la Force régulière mais, quelle que soit la raison, le plan fut sanctionné par le ministère. « On a souligné que chaque Force de réserve doit être convaincue de l'amélioration des services médicaux qu'on serait en droit d'attendre d'une telle fusion... Des discussions ont porté sur les problèmes qui pourraient découler de la rebudgétisation et de la formation d'adjoints médicaux à la suite de la fusion, etc. Les différents aspects de cette fusion ont été également examinés, par exemple de plus grandes ressources de personnel médical, un accroissement des incitations de recrutement de personnel paramédical déjà formé, comme des oxygénothérapeutes, des

12. ANC, RG 24, v. 21,832, FMC 1050-100/M1, pt 2, Defence Medical Association, Proceedings of the Annual Meeting, 15-16 Nov 73.
13. *Ibid.*

radiologues etc., grâce à l'élargissement du champ de leurs compétences, dans un environnement de réserve. » Il restait à peaufiner quelques détails, et « en matière de formation en été, on a souligné que des membres de la réserve médicale fusionnée continueraient à s'entrainer avec leur propre élément [c'est-à-dire terre, air ou mer], sauf quand des instructions précisaient que des cours ou un entrainement spécifique étaient nécessaires. » Il fut également « souligné que la formation fusionnée permettrait d'avoir un groupe de personnel médical ayant les mêmes normes élevées pour servir auprès de n'importe quel élément[14]. » Théoriquement, en tout cas, le plan paraissait valable.

Des nuages s'amoncelaient cependant à l'horizon. La Force mobile, qui prenait essentiellement la succession de l'Armée au Canada, proposa de réorganiser les unités de la réserve médicale en 1975, ce qui suscita une certaine préoccupation au sein de l'Association médicale de la Défense. « L'intention actuelle de la Force mobile, telle que présentée dans leur directive administrative, dissout les compagnies médicales existantes et les remplace par une compagnie médicale/dentaire dans chaque Bataillon des services. » Les responsables et l'Association médicale de la défense (AMD) n'étaient pas au courant ou bien avaient oublié des expériences qui avaient mis en relief, en 1964, les difficultés insolubles auxquelles une telle organisation fait face sur le terrain. Au lieu de cela, l'AMD critiqua un tel regroupement qui priverait de soutien quelques unités de la réserve, particulièrement parce qu'il enlèverait les médecins des régiments blindés ou des régiments d'infanterie. « La fonction de médecin militaire régimentaire est l'une des plus utiles à la fois pour l'unité dans laquelle il sert et pour le médecin militaire dans sa formation pour les Forces canadiennes. Il n'y a pas de substitut dans tout le Commandement de l'instruction, malgré toute son expertise dans la gestion des stages, qui pourrait égaler le temps passé dans un régiment, un escadron ou sur un navire. On devrait avoir des dispositions organisationnelles pour cette expérience[15]. »

L'Association médicale de la Défense recommanda donc, entre autres, qu'un médecin militaire régimentaire soit de nouveau attaché à chaque unité majeure, et que le nombre de médecins militaires soit directement lié au nombre des membres de la réserve dans chaque district. Comme nous l'avons vu, ces officiers avaient une certaine autonomie, mais bien que cela pût causer des problèmes en rapport avec la mise en œuvre d'une doctrine uniforme, il permit le développement de compétences et

14. ANC, RG 24, v.21,832, FMC 1050-100/M1, pt 2, Defence Medical Association, Proceedings of the Annual Meeting, 15-16 Nov 73.
15. ANC, RG 24, v.21,832, FMC 1050-100/M1, pt 2, Defence Medical Association, Annual Meeting 1975, 19 Sep 75.

d'initiatives qui pourraient prouver leur utilité en cas d'urgence. L'AMD proposa également « le maintien de compagnies médicales séparées pour des buts de formation spécifiques dans le rôle de soutien médical de la réserve pour les Forces régulières », de telle façon que les praticiens médicaux en référeraient à leur propre chaîne de commandement plutôt qu'aux postes de commandements des Bataillons des services. Elle souhaita aussi que l'officier commandant d'une compagnie médicale ait le grade de lieutenant-colonel, sans doute pour le placer sur le même plan que les commandants d'unité dans l'infanterie et les autres armes. Selon l'AMD, « le soutien médical de la réserve doit être intégré, ce qui est le mieux réalisé par un médecin régional (Réserves) qui, avec une infirmière en chef régionale et son équipe, devrait être soutenu, et de préférence mais pas nécessairement, placé près du médecin régional des Forces régulières. » Finalement, formulant une remarque désobligeante pour le processus dans son ensemble, l'AMD recommanda « qu'à l'avenir, quand on envisagera un changement aussi fondamental dans la structure des Forces de réserve, des consultations devraient être organisées avec des experts bien informés des branches concernées[16] ».

La question du contrôle continua ainsi à provoquer une partie de bras de fer entre, d'une part, les Commandements qui voulaient que les unités médicales fassent leurs rapports à leurs quartiers-généraux et, d'autre part, le médecin-chef (ou son équivalent) qui cherchait à centraliser le service médical autour de son bureau. À la fin des années 1980, ce processus conduisit, entre autres, à la constitution du Service des hôpitaux et des Dépôts de matériel médical des Forces canadiennes (ou SHDMMFC), responsable des Hôpitaux des Forces canadiennes à Halifax, Esquimalt, Valcartier, Cold Lake et Oromocto, aussi bien que du Dépôt central de matériel médical et des dépôts régionaux de matériel à Debert, Valcartier, Calgary, et Chilliwack[17]. Dans son rapport de 1973, l'Association médicale de la Défense donna des exemples des défis auxquels faisaient face le DCMM et les DRMM. « Il y a eu une augmentation sensible du budget d'équipement médical au cours des deux dernières années, reflétant la tendance vers un équipement nouveau et de remplacement, pour rester en phase avec les avances et les techniques médicales modernes. Cela est particulièrement vrai dans le domaine des Rayons X et des laboratoires. On exige de plus en plus l'acquisition d'un équipement de contrôle cardiaque allant du défibrillateur à piles portatif au système de surveillance du patient[18]. » De même, en 1974,

16. ANC, 86/24, v.21,832, FMC 1050-100/M1, pt 2, Defence Medical Association, Annual Meeting 1975, 19 Sep 75.
17. DHH 1326-1910, Pt 3, NDHQ to Distribution, 5 Aug 89.
18. ANC, 86/24, v.21,832, FMC 1050-100/M1, pt 2, Defence Medical Association, Proceedings of the Annual Meeting, 15-16 Nov 73 ; Annex 2.

le médecin-chef fit état d'une « nouvelle augmentation, cette année, des dépenses pour les équipements médicaux et les fournitures médicales renouvelables, en raison de prix plus élevés en général plutôt que d'un accroissement de la consommation. Les augmentations de prix les plus importantes, de l'ordre de 50 à 75 pour cent, ont touché les produits du coton, tels que bandages, éponges et rubans adhésifs. Une pénurie mondiale de coton a créé un marché vendeur provoquant, dans certains cas, des problèmes temporaires d'approvisionnement[19]. »

Il y avait aussi la question des ambulances. En 1973, l'Association médicale de la Défense indiqua que « dans le cadre des efforts continus visant à améliorer les capacités d'évacuation du service médical », le SMFC cherchait à « se procurer une ambulance de remplacement d'un modèle commercial similaire à ceux utilisés par les Services médicaux d'urgence et services d'ambulance de l'Ontario, pour le mettre en service dans les bases et stations des FC. » Il cherchait également à établir « une évaluation de l'exigence et du développement des spécifications pour une ambulance à quatre roues motrices de type *Suburban* pour l'utiliser dans des installations lointaines, et une ambulance de secours pour les terrains d'aviation. » Un plan existait aussi pour remplacer le véhicule habituel 3/4 de tonne utilisé sur le terrain par un modèle 1 1/4 de tonne, tout autant qu'un concept pour véhicule chenillé tout-terrain. L'optimisme ne manquait donc pas pour ce qui est des acquisitions, et « cela vaut peut-être la peine de noter qu'un succès considérable et une compréhension mutuelle sont actuellement réalisés grâce à l'étroite coopération qui a cours entre la branche du médecin-chef, en tant qu'utilisateur, et les bureaux de développement[20]. »

Certains articles, comme les médicaments, posaient un problème infiniment plus complexe, qui imposait au Service médical des Forces canadiennes de conserver un catalogue de fournitures médicales nécessitant de fréquentes mises à jour. En 1971, par exemple, après que l'on eut recueilli l'avis de chercheurs dans des institutions telles que les Universités d'Ottawa et de Dalhousie, le Cholroxylenol (Dettol), utilisé comme antiseptique, fut rayé de la liste parce qu'il n'était « pas recommandé par le Dr van Rooyen », ayant prouvé qu'il « n'était pas suffisamment actif contre les bactéries à germes Gram négatif » et pour cause de cas d'« intolérance » provoqué par son usage. D'un autre côté, on a décidé d'ajouter à la liste un autre antiseptique, la Solution Providone-Iodine, étant donné qu'elle était « disponible en récurage et en solution » alors

19. ANC, RG 24, v 21,832, FMC 1050-100/M1, pt 2, Defence Medical Association, Proceedings of the Annual Meeting, 7-8 November 1974, Appx 10.
20. ANC, RG 24, v 21,832, FMC 1050-100/M1, pt 2, Defence Medical Association, Proceedings of the Annual Meeting, 15-16 Nov 73, Annex 2.

que sa « couleur délinéait l'épiderme qui était antiseptique[21] », après utilisation. L'année suivante, et dans le même ordre d'idées, « une série d'essais pour utilisateurs de huit marques de films de Rayons X a été effectuée… Les résultats montrèrent que trois des huit marques donnent, régulièrement, des images satisfaisantes dans des conditions opérationnelles. » Une « liste centrale » de fournisseurs et de produits « sera proposée pour l'approvisionnement de 1973-1974[22] ». Bien entendu, tous les produits doivent respecter la nomenclature uniformisée de l'OTAN, et 62 ont subi des changements d'appellation pour cette raison[23], alors que la perspective de la guerre de l'alliance favorisait le stockage d'une réserve de guerre. En 1999, les vaccins d'anthrax, le diazépam et la morphine — ces deux derniers en auto-injecteurs — et des vaccins contre la peste ont été ainsi stockés[24]. (Le diazépam allait de pair avec l'utilisation de l'atropine, elle-même un antidote au gaz innervant.)

Les questions d'approvisionnement ne se limitaient pas aux installations spécialisées et aux officiers d'état-major dans les quartiers-généraux. Ainsi en était-il pour Susan E. Aitken, une toute nouvelle médecin militaire en juillet 1970, qui fut envoyée à Winnipeg pour sa première affectation, où alors qu'elle « travaillait avec des équipes SAR [Recherche et sauvetage], il devint évident que les trousses médicales utilisées étaient terriblement inappropriées pour les profils changeants des victimes des accidents d'avion. Les avancées technologiques permettaient une localisation rapide des aéronefs abattus, accidentés ou qui ont dû effectuer un atterrissage forcé, et les personnes à bord avaient de meilleures chances de survie », ce qui veut dire qu'elles étaient toujours en vie quand les sauveteurs les retrouvaient. De ce fait, « les techniciens SAR et les médecins ont mis au point ensemble une nouvelle trousse médicale, mais une chose mène à une autre. Pour compléter l'approvisionnement et l'équipement médical dans la trousse, les techniciens SAR devaient améliorer leurs aptitudes dans le domaine des premiers soins et des techniques médicales. À cet effet, le Capitaine Aitken "a libéré" le manuel d'enseignement de la US Army utilisé pour la formation des infirmiers pour le service au Viêt-nam. Aitken l'a adapté, plagié et réécrit, pour satisfaire les besoins de Recherche et sauvetage au Canada. L'escadron SAR prévoyait des exercices médicaux de formation, avec utilisation en temps réel des trousses et la mise en pratique de la nouvelle formation médicale, en vue de perfectionner à la fois l'approvisionnement et les apti-

21. ANC, RG 24, v 23,720, 1150-110/A49, Maj K. Commons, for D Pharm Services, to Distribution, 8 Jul 71.
22. ANC, RG 24, v 23,720, 1150-110/A49, Minutes of Meeting of the Advisory Group on Pharmaceuticals and Medical Supplies, 2 Dec 81.
23. *Ibid.*
24. DHH 1326-1910, Central Medical Equipment Depot, Annual Historical Report, 27 Mar 00.

tudes nécessaires pour leur utilisation… L'enthousiasme dont ont fait preuve les techniciens SAR de Winnipeg fit tache d'huile dans les autres escadrons, et l'approche consistant à améliorer la formation médicale et les trousses médicales se généralisa[25]. »

Pour en revenir aux dépôts, qui faisaient office de point focal pour nombre de ces questions d'approvisionnement, le Dépôt central de matériel médical (DCMM) nota, en mars 1973, qu'il avait effectué 256 expéditions de paquets de provisions médicales, dont 50 étaient considérées comme « urgentes ». Telle était la situation pour les trois ou quatre mois précédents[26]. Se préparer pour les situations d'urgence était ainsi une partie et une composante de la routine du dépôt, sans doute contrairement aux stéréotypes, ces dépôts organisant, de temps à autre, des exercices pour s'assurer qu'en cas de besoin leur temps de réponse serait rapide. Ainsi, en 1975, de nouveau au Dépôt central de matériel médical, « l'Opération *Guam* eut lieu le 4 mai. Quatre-vingt-dix-neuf pour cent des membres de notre équipe furent contactés avant 17 h. À 18 h fut lancé notre plan d'opération, et tous les bons de commande furent préparés, signés, postés et transmis à l'entrepôt avant 20 h 30. Comme résultat de l'Op *Guam*, un projet fut élaboré pour mettre sur pied un département complet de Rayons X et un dépt lab complet, devant rester en attente pour livraison immédiate[27]. »

La charge de travail et la nécessité de faire face aux situations d'urgence augmentèrent, en fait, alors que le gouvernement canadien assumait la responsabilité d'une liste sans cesse croissante de missions militaires internationales à partir de la fin des années 1980. Le Dépôt central de matériel médical indiqua, en mars 1991, que « pendant l'année précédente, le DCMM était exceptionnellement pris par des engagements opérationnels, notamment de soutien à des opérations de l'ONU. Dans chaque cas, l'équipe du dépôt a magnifiquement réagi à ces périodes de pointe de charge de travail, ce qui procura un immense sentiment d'accomplissement. On estimait alors que cet engagement actif dans plusieurs opérations a contribué à relever, de manière importante, le moral de cette année-là. » Parmi les différentes missions que le dépôt soutenait figurait l'Opération *Sultan*, un groupe d'observateurs en Amérique centrale, où « les engagements de réapprovisionnement se sont poursuivis avec succès. Les vaccins pour la rotation du personnel furent très coûteux. Le total des dépenses s'élevait à 200 K dollars. À la fin de l'Op *Sultan*, on souligna le soutien exceptionnel du DCMM à l'opération,

25. Harold M. Wright, *Salute to the Air Force Medical Branch on the 75th Anniversary, Royal Canadian Air Force*, Ottawa, 1999, p. 111-112.
26. DHH 1326-1910, Central Medical Equipment Depot, Annual Historical Report, 14 Mar 74.
27. DHH 1326-1910, Central Medical Equipment Depot, Annual Historical Report, 10 Feb 76.

ce qui permit à la section médicale d'avoir la meilleure installation dans la région. » Une autre mission fut l'Opération *Salon*, un déploiement interne de sécurité près d'Oka, au Québec, où le dépôt central réapprovisionna le dépôt régional à Valcartier après que ce dernier eut fourni le matériel nécessaire aux unités dans le champ[28].

Les opérations et les expériences des Dépôts régionaux de matériel médical (DRMM) étaient, à maints égards, identiques à ceux des DCMM mais, sous d'autres aspects, elles en différaient à un point tel qu'elles méritent d'être examinées séparément ici. Comme le rapporta le DRMM à Debert, son rôle consistait à « procurer, entreposer, distribuer et expédier des équipements médicaux et des provisions pharmaceutiques aux bases, stations, et unités des Forces canadiennes dans la région de l'Atlantique. » On s'attendait en outre qu'il « fournisse des équipements médicaux et des provisions pharmaceutiques aux unités de la Réserve des Forces canadiennes dans la région de l'Atlantique, comme l'autorisent les actuels barèmes de dotation et les tables d'équipement des Forces canadiennes. » Il opérerait également « une installation de réparation d'équipement médical, qui assurerait une capacité de réparation en matériel au sein du dépôt et fournirait des conseils techniques aux opérateurs des équipements dans les unités utilisatrices. » En définitive, le dépôt devait « recevoir, entreposer, distribuer et expédier des provisions pour les Services d'urgence de santé (SUS)... » du ministère de la Santé nationale. En 1976, « en accomplissant le rôle de soutien à l'approvisionnement médical, ce dépôt s'est occupé de 3076 expéditions, pesant 623 635 livres. Bien que cela représentait une augmentation de quelque 200 000 livres par rapport à l'année précédente, le matériel fraya son chemin sans accroc à travers le dépôt jusqu'aux unités utilisatrices, sans enregistrer de délai significatif[29]. »

En fait, les dépôts régionaux étaient plus susceptibles de faire face à l'adversité en période de restrictions fiscales que l'installation centrale, étant donné que l'on attendait sans doute de celle-ci qu'elle prenne en charge certaines des responsabilités des premiers en cas de nécessité. De 1979 à 1982, par exemple, le dépôt à Debert nota que « l'austérité avait provoqué une réduction draconienne des engagements régionaux... tandis que nous essayons désespérément de parvenir à nos objectifs budgétaires. En raison des commandes en souffrance, les dépenses dépassent encore le niveau souhaité... Notre budget est un cas très limité, mais la coopération des unités a été très bonne. Nous espérons nous rapprocher de notre objectif. Les coûts de réparation étaient devenus très

28. DHH 1326-1910, Central Medical Equipment Depot, Annual Historical Report, 12 Mar 91.
29. DHH 1326-1211, Regional Medical Equipment Depot Debert, Annual Historical Report, 30 Nov 77.

lourds, avec le départ de notre TREM [Technicien en réparation d'équipement médical] (pour un cours de huit mois), mais ils devraient diminuer maintenant qu'il est de retour. » Manifestement, il était coûteux de faire exécuter des travaux de réparation grâce à des accords conclus hors du service, alors qu'ils étaient normalement effectués par le technicien. C'est pourquoi le maintien de ce technicien était en quelque sorte une priorité administrative. Il reste que « notre TREM a présenté sa candidature pour une formation de sous-marinier et y a été accepté. Il sera en cours pendant tout le mois prochain et la moitié du mois suivant, et sera envoyé en mer lorsque se présentera une perspective d'emploi dans un escadron de sous-marins. Cela créera un sérieux problème dans cette région[30]. »

Dans les rapports du dépôt Debert, les questions financières et de personnel étaient donc prédominantes. En 1983, l'unité affirma que « les effectifs de sapeurs pompiers ont été ramenés à cinq, et tout le personnel militaire à Debert s'entraîne actuellement pour devenir auxiliaire de pompier », ce qui empêcha une partie du personnel de vaquer à ses occupations habituelles. Et plus loin, « depuis l'année dernière, il y a eu trois 911 TECH APPRO [Techniciens en approvisionnement] et trois civils affectés/embauchés au DRMM à Debert. Cela représente un taux de renouvellement de personnel de 33 pour cent. Cependant, nous avons été chanceux d'avoir un excellent personnel qui a commencé à travailler très rapidement au dépôt[31]. » Il en était toujours ainsi deux ans plus tard, « 33 pour cent du personnel de l'unité ayant changé au cours de l'année dernière. Un total de quatre départs à la retraite et d'une affectation », bien qu'au moins ses finances se soient améliorées, avec « pas de problèmes en perspective dans ce domaine ; les fonds devraient suffire à nos besoins[32] ».

Le rôle du DRMM Debert resta essentiellement le même quand, en octobre 1989, il fut assigné au QG du Service des hôpitaux et des dépôts de matériel médical des Forces canadiennes (SHDMMFC), et ne faisait donc plus partie du Commandement maritime[33]. L'une de ses tâches, par exemple, consistait à stocker les provisions médicales d'un navire lorsque celui-ci était en chantier, et à s'assurer qu'il recevait une dotation complète avant de reprendre la mer[34]. Sa charge de travail augmenta sensi-

30. DHH 1326-1211, Regional Medical Equipment Depot Debert, Annual Historical Report, 28 Jul 83.
31. *Ibid.*
32. DHH 1326-1211, Regional Medical Equipment Depot Debert, Annual Historical Report, 29 Apr 85.
33. DHH 1326-1211, Regional Medical Equipment Depot Debert, Annual Historical Report, 22 Mar 90.
34. DHH 1326-1211, Regional Medical Equipment Depot Debert, Annual Historical Report, 3 Jun 86.

blement lorsque la Marine commença à recevoir les nouvelles Frégates canadiennes de patrouille (FCP) au début des années 1990 et retira du service les vieux destroyers. En 1992, le dépôt précisa que « ce projet continuera à affecter le DRMM jusqu'à ce qu'il soit complété. Le démantèlement des navires et la mise en place de nouveaux NCSM impliquent, tous deux, la préparation et la distribution d'une grande quantité de matériel médical. » Certaines des activités comprenaient « le déstockage du surplus de l'équipement médical et des matériels de défense GNBC des NCSM impliqués dans l'Opération *Friction* », sujet duquel il sera davantage question au chapitre dix. Il s'agissait aussi de « déstocker les NCSM *Algonquin*, *Iroquois*, *Preserver* et *Fraser*, entre janvier et mars 1991 », « effectuer la distribution initiale de fournitures médicales au NCSM *Halifax* — la première FCP », « soutenir et de recevoir des fournitures médicales de la relâche de la BFC Summerside et la SFC Sydney », « soutenir la concentration de la milice 1991 à la BFC Gagetown », « soutenir le Centre Aldershot de formation de la milice pendant la période de pointe de l'été », « restocker le NCSM *Gatineau* pendant l'été 1991 » et « restocker le NCSM *Preserver* pendant l'automne 1991. » L'unité nota également qu'une « importante partie de la charge de travail opérationnelle du DRMM est consacrée à la maintenance préventive des unités régionales », dont les hôpitaux des Forces canadiennes à Halifax et Oromocto, les bases à Chatham, Cornwallis, Greenwood, Shearwater, et Summerside, les centres de recrutement des Forces canadiennes à Sydney, Charlottetown, et Saint John, la 35e Compagnie médicale, le district de la milice de l'Île-du-Prince-Edward, aussi bien que les stations des Forces canadiennes à Shelburne et Mill Cove[35].

Le dépôt de matériel médical n'était, bien sûr, qu'un seul des points focaux pour l'approvisionnement, le personnel et les questions opérationnelles — un autre point focal était l'hôpital sur lequel, comme nous l'avons vu, pesaient des menaces depuis la publication du rapport de la Commission Glassco. Cependant, le Service médical des Forces canadiennes, l'Association médicale de la Défense, et le Conseil médical des Forces canadiennes apportaient leur soutien au système hospitalier dans les années 1970 et 1980, tout comme ils l'avaient fait auparavant dans les années 1950 et 1960. Ainsi, lors d'une conférence en 1972, le Conseil « réaffirma sa position en ce qui concerne le soutien médical aux Forces canadiennes en recommandant : que les Forces canadiennes maintiennent leurs propres hôpitaux de service au Canada, afin de prendre soin des militaires canadiens et d'autres personnels admissibles ; et recom-

35. DHH 1326-1211, Regional Medical Equipment Depot Debert, Annual Historical Report, 27 Jul 92.

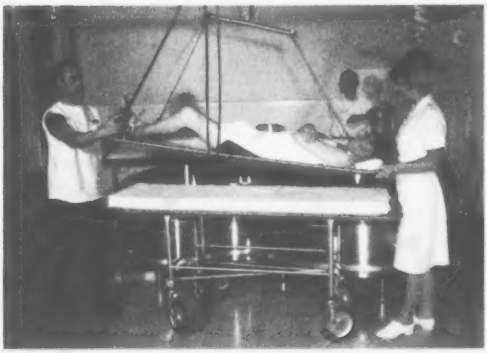
mande encore que le personnel médical canadien procure des soins médicaux aux militaires canadiens en service outre-mer, à l'exception des régions où les soins médicaux peuvent être assurés par le personnel médical britannique ou américain, dans la mesure où les normes peuvent être considérées comme étant équivalentes à celles du Canada. » Pour sa part, le médecin-chef fit référence au maintien des hôpitaux des FC comme étant « la bataille[36] ».

Le combat sera gagnant, du moins jusqu'aux années 1990, avec le Centre médical de la Défense nationale *primus inter pares* dans le système des hôpitaux des Forces canadiennes. Son rôle, tel qu'il fut établi en 1967, était étendu ; en partie, il devait « fournir des diagnostics chirurgicaux et médicaux, des soins ambulatoires, et un traitement occasionnel et indiqué au personnel du service et à des candidats choisis qui relèvent de la responsabilité du gouvernement fédéral dans la zone locale ». Il devait, en outre, « servir de centre pour l'investigation clinique de catégories particulières de patients. » Une autre de ses fonctions consistera à « être un établissement d'enseignement dans une classe clinique pour les études supérieures des médecins militaires du service… en association avec l'Université d'Ottawa, afin d'être un établissement d'enseignement dans une classe clinique pour étudiants pré diplômés. » Bien plus, on attendait de lui qu'il « soit un centre pour l'instruction avancée des gens de métier médicaux », tout en assurant « des installations et du personnel pour la recherche de gestion hospitalière et clinique ». Enfin, il était censé « fournir des installations pour la formation du personnel du service appelé à assurer des internats d'études supérieures dans des professions apparentées à la profession médicale », tout en étant en mesure de « donner des services de consultations médicales spécialisées aux bases des Forces canadiennes environnantes », et d'avoir une salle d'examen médical pour les examens de routine et la revue des malades[37]. Rien, ou quasiment rien, n'avait été omis.

Les défis auxquels faisait face le Centre médical de la Défense nationale paraissaient surmontables dans leur plus grande partie, bien qu'il fallût faire preuve d'une constante vigilance dans la perspective de difficultés potentielles. Par exemple, en 1972 le capitaine J. A. MacInnes, responsable de la formation d'adjoints médicaux dans l'installation, affirma que son département « trouve que la charge de travail devient de plus en plus lourde. On estime nécessaire par conséquent d'augmenter les effectifs. » À l'époque, l'organisation prévoyait que l'officier com-

36 ANC, RG 24, v.21,832, FMC 1050-100/M1, pt 2, Defence Medical Association, Proceedings of the Annual Meeting, 15-16 Nov 73.

37 ANC, 1998-00220-2, boîte 1, 1901-0, Col C. A. VanVliet, Commandant, to Distribution, 31 Aug 70.



Traitements au Centre médical de la Défense nationale. CIIFC, REC 67-308

mandant et instructeur sera un capitaine/infirmier, avec trois autres instructeurs ayant le grade de capitaine ou lieutenant/infirmier, un adjoint médical adjudant-maître, et un adjoint médical adjudant, respectivement. Toutefois, « un examen du calendrier d'instruction de l'année suivante (1er août 1972 – 31 juillet 1973) fera ressortir un très sensible accroissement de la charge de travail de formation au Centre médical de la Défense nationale[38] ».

Antérieurement, l'installation d'instruction avait beaucoup compté sur le service infirmier pour s'assurer que les stagiaires étaient convenablement supervisés, et « alors que les relations entre le service infirmier et A Méd instr ont toujours été bonnes, il n'est pas toujours possible pour le service infirmier de pouvoir fournir la personne ayant l'envergure nécessaire dans une capacité de formation. Même s'il est possible pour le service infirmier de fournir la personne convenable, on peut très bien soutenir, et cela a d'ailleurs été démontré, que cette personne pourrait ne pas être exactement motivée pour un travail auquel elle a été assignée "pour combler un trou"... Finalement, on devrait noter que la "norme" du taux instructeur/stagiaire proposée par le Commandement de l'instruction pour un stage pratique est de un pour cinq. Le fait qu'il ne soit pas possible de garantir ce taux idéal en ce moment est bien connu ; cependant, on estime que la plus petite équipe capable de soutenir la charge de travail devra être composée de six instructeurs. » Il conseilla d'ajouter au personnel enseignant un capitaine/lieutenant infirmier et un adjudant adjoint médical[39].

Des tensions de ce type relatives au personnel étaient assez répandues dans le Service médical, et n'étaient certainement pas atténuées par les

38. ANC, 1998-00220-2, boîte 1, 1920-1, Capt J.A. MacInnes, Med A Trg, to Commandant, 12 Jul 72.
39. *Ibid.*

engagements internationaux de plus en plus nombreux. En 1989, un officier, dont le commandant adjoint/adjudant (Adj) avait été détaché pour des tâches de maintien de la paix à Chypre, a cru bon de présenter un mémorandum dans lequel il faisait état de ses plaintes, et dont le langage administratif ne cachait nullement les émotions qui le sous-tendaient. « L'expérience a prouvé », écrivait-il, « que la charge de travail et les exigences de supervision avec le bureau général ne me permettent pas de travailler sans mon adjudant. Étant donné que j'assume des fonctions spéciales de gestion concernant l'administration générale de l'hôpital, il est absolument nécessaire que l'adjudant soit directement impliqué dans l'aide et l'orientation des chefs de section (du grade de caporal-chef) dans le travail quotidien, et cela en dépit des efforts déployés en sens différent. » Après avoir développé d'autres arguments, le capitaine concluait que « les tâches de l'adj sont trop importantes pour qu'on puisse se passer de lui sans mettre en danger les services que nous procurons à l'hôpital[40] ». On ne sait pas si l'adjudant est resté, mais les problèmes soulevés étaient clairs, pour le moins qu'on puisse dire.

Et ils faisaient partie intégrante d'un plus grand défi. En effet, bien qu'il fût à la fois un centre de formation et un centre médical, tout en fournissant, d'une manière générale, du personnel pour les opérations, le Centre médical de la Défense nationale faisait également partie d'une plus grande communauté de santé. Cela devint évident en 1990, le Dr J. Maloney, de l'Hôpital général d'Ottawa, racontant que « les représentants médicaux de l'Est de l'Ontario étaient en train de négocier avec le ministère de la Santé pour un Service d'ambulance aérienne pour l'Est de l'Ontario, qui couvrirait la région approximativement délimitée par Trenton, Pembroke, Hawkesbury et Cornwall, et dont le but serait de se mettre au service des petites communautés de cette région avec accès aux centres médicaux à Kingston et Ottawa... Au cours des négociations préliminaires, il était devenu manifeste que certaines hypothèses étaient échafaudées au sujet des plates-formes d'hélicoptères. En réalité, il n'existe présentement que deux sites d'atterrissage, celui de l'aéroport d'Ottawa et la plate-forme d'hélicoptères du Centre médical de la Défense nationale[41]. »

Il y aurait donc une demande de la part de la communauté de santé en général pour utiliser cette dernière, bien que le personnel du Centre médical soulevât nombre de questions : « Quelle dotation en personnel supplémentaire, par exemple, de sapeurs-pompiers et d'entretien, serait-elle nécessaire pour opérer la plate-forme d'hélicoptères » et « Quelles

40. ANC, 1998-00220-2, boîte 1, 1920-1, Capt C. N. Delisle, H Compt, to H Pers O, 3 Mar 89.
41. ANC, BAN 1998-00220-2, boîte 1, 7685-1, v 1, Record of Minutes of Meeting in Conference Room 2, NDMC, 4 Sep 90.

Une intervention chirurgicale sur la main d'un patient, 1990. CIIFC, REC 90-1218.

sont les procédures et les normes pour ces opérations et y a-t-il des variations pour les différentes dimensions d'aéronefs, militaires ou civils, des destinations différentes ? » « Quel équipement serait-il nécessaire de garder sur place au Centre médical de la Défense nationale pour le fonctionnement de la plate-forme d'hélicoptères ? » « Quelles sont les installations climatiques requises et quelles sont les installations pour les opérations de jour comme de nuit ? » Finalement : « En ce qui concerne le déneigement, quels en sont l'étendue, la responsabilité et le coût[42] ? »

La plate-forme d'hélicoptères avait donc le potentiel de devenir un lourd fardeau logistique et administratif. L'une des conclusions tirées lors d'une réunion au Centre médical de la Défense nationale consacrée à l'examen de cette affaire fut que « nonobstant le souhait du Centre médical de ne pas mettre en danger ses relations avec les hôpitaux des autres régions, le facteur coût pouvait être prohibitif ». Il serait préférable de construire une nouvelle installation pour hélicoptères à l'Hôpital pour enfants de l'Est de l'Ontario (ou HEEO), qui était à proximité, et qui pourrait être achevée en un an à peu près. Une autre solution consistait à voir le ministère de la Santé de l'Ontario payer pour l'utilisation de la plate forme militaire pour hélicoptères dans le cadre d'un contrat, et mentionnait « les facteurs de responsabilité légale, le maintien des normes, et le fait que le secteur civil doive fournir tout le personnel et tout l'équipement. Ce scénario devrait prévoir l'amélioration des lumières d'atterrissage[43]... ». Le gouvernement provincial choisit finalement de construire une installation à l'HEEO[44].

42 *Ibid.*
43 *Ibid.*
44 ANC, RAN 1998-00220-2, boîte 1, 7685-1, v.1, Emergency Health Services Branch to CHEO, 9 Oct 90.

À l'hôpital des Forces canadiennes à Halifax, la situation se présentait quelque peu différemment, car les pressions visant à s'intégrer dans une plus grande communauté venaient de l'intérieur. Comme le président de l'Association médicale de la Défense l'expliqua au ministre de la Défense nationale James Richardson : « Nous avons des raisons de croire que les Forces canadiennes perdront cet important hôpital stratégique à cause des forces inexorables de dégénérescence et du fait que le gouvernement ne l'a pas remplacé. » Par conséquent, « nous recommandons fortement que le gouvernement canadien construise un hôpital des Forces canadiennes pour remplacer l'hôpital des Forces canadiennes à Halifax, qui est inapproprié au niveau structurel. Nous ne voyons pas de raison pour laquelle un tel hôpital n'accepterait pas ou ne traiterait pas des patients autres que ceux du personnel des Forces canadiennes. » Cette dernière phrase venait manifestement en réponse à l'accusation selon laquelle « il a été établi qu'un hôpital uniquement conçu pour procurer des soins médicaux au personnel militaire à risque dans les provinces atlantiques ne serait pas suffisamment grand pour être une entité viable en elle-même ». La volonté de traiter des civils ne suffisait cependant pas à sauver le projet, et le ministère décida de ne pas reconstruire, tout en espérant que le personnel des Forces canadiennes serait accueilli dans un hôpital pour les anciens combattants en construction au site de Camp Hill, près de l'arsenal maritime de Halifax[45].

Un des exemples les plus probants du calibre des défis énumérés plus haut — et de bien d'autres aussi — était l'Hôpital des Forces canadiennes Europe, situé sur une base aérienne canadienne près de Lahr, en Allemagne. Opérant près de ce qui deviendrait la ligne de front dans la confrontation entre l'OTAN et le pacte de Varsovie, les exigences qui y étaient attachées étaient en quelque sorte différentes de celles du Centre médical de la Défense nationale et des autres hôpitaux des Forces au Canada. Par exemple, il avait besoin d'abris renforcés, pour assurer une certaine protection contre les bombardements, dont des installations pour un poste d'évacuation sanitaire (PES). Sa mise en place ne représentait pas une tâche administrative facile, notamment en raison des contraintes financières que nous avons vues en examinant la question des dépôts de matériel médical. Comme le major de l'hôpital C. Crymble l'expliqua, simplement et franchement, « l'actuel PES dans le sous-sol de la cuisine de l'hôpital est vraiment inapproprié ». Il releva encore que « le poste d'évacuation sanitaire sera chargé du triage et du traitement initial ». S'il est construit, « la protection chimique et la protection contre

45 ANC, RG 24, v 21,832, FMC 1050-100/M1, pt 2, Defence Medical Association, Annual Meeting 1975, 19 Sep 75.

les retombées radioactives assurées par cet abri ont été prouvées[46] », du moins théoriquement.

Le poste d'évacuation sanitaire serait toutefois une installation restreinte, dont le rôle consisterait à s'occuper des victimes venant du terrain d'aviation (en temps de paix, il aurait besoin de l'aide de la Croix-Rouge allemande pour s'occuper d'un écrasement d'avion[47]). En tant qu'entité, l'Hôpital des Forces canadiennes Europe (HFC Europe) devait tenir un plus grand rôle, comme l'expliquera en 1965 son officier commandant, le lieutenant-colonel G. F. McCauley. « L'HFC Europe continuera à avoir un rôle d'hôpital de campagne en temps de guerre. Il reste que, autant que je sache, depuis… 1973 l'HFC Europe n'a jamais tenu ce rôle… cela peut être compris sans doute à la lumière de la pénurie de personnel militaire, du manque de formation et d'expérience dans les opérations des hôpitaux de campagne, des déficiences et du caractère inapproprié de l'équipement, des fournitures, des médicaments et de l'approvisionnement, sans mentionner les incertitudes du soutien logistique et de communication… Il est vrai que l'on a enregistré un certain progrès au cours des onze dernières années en ce qui touche à l'état de préparation opérationnelle, mais il a été terriblement lent et, à mon avis, en quelque sorte incohérent et sporadique. Le fait demeure que l'état de préparation opérationnelle de cette unité n'est que marginalement meilleur qu'il ne l'était au début. » Il estimait aussi que l'installation devait être déployée comme hôpital de campagne en entraînement, bien qu'il n'avait « pas de doute que ce serait une entreprise extrêmement difficile[48] ».

En examinant le Service médical des Forces canadiennes dans son ensemble, on pourrait entre-temps décrire précisément ses opérations au jour le jour avec des adjectifs bien moins spectaculaires. Le premier contact d'une nouvelle recrue avec le Service médical demeurait l'examen médical, qui restait au début des années 1970 le même exercice d'équilibrisme qu'il avait été au milieu des années 1940. Au printemps de 1974, par exemple, « les autorités opérationnelles et administratives ont fait état de leurs préoccupations concernant le niveau trop bas, selon elles, des normes médicales des Forces canadiennes. Les Forces étant en sous-effectifs, et nos engagements s'étant accrus avec, par exemple, l'envoi de 1200 militaires en Égypte, elles ne pouvaient plus accepter le personnel à statut médical particulier, qui ne pouvait prendre part aux rotations sur le terrain ou en mer ou aux affectations outre-mer. » Toutefois, « pendant l'été, le recrutement était tombé si bas et un si grand

46. ANC, 1998-0136-1, 3000-1, Maj C. Crumble, for CO CFHE, to Distribution, 18 Mar 85.
47. ANC, 1998-0136-1, 3000-1, LCol R. T. Stickley, Base Ops O, to Distribution, 9 Mar 87.
48. ANC, 1998-0136-1, 3000-1, LCol G. F. McCauley, CO CFHE, to HQ CFE, 29 Aug 85.

nombre de membres optaient pour une libération volontaire, que les mêmes personnes étaient maintenant d'avis que nos normes médicales étaient trop élevées ». Par conséquent, « cet automne, et afin d'avoir une contribution des "utilisateurs" sur les normes requises pour les différents métiers, on a sollicité l'opinion de tous les conseillers des branches des différents métiers, des commandants et des Commandements. Nous avons eu des nouvelles de tous ceux-là, à l'exception de la FMC » ou Force mobile. « L'opinion unanime veut que l'on ne devrait pas abaisser les normes médicales pour les recrues. À l'exception de quelques changements mineurs, tout le monde a convenu que nous devrions maintenir nos normes médicales pour les gens de métier en service. Plusieurs personnes ont affirmé que les militaires les plus âgés dans des grades supérieurs et ayant des astreintes médicales pourraient être maintenus ou reclassés — mais pas dans leurs branches, s'il vous plaît… Cet hiver, alors qu'est ressenti le souffle froid de la réduction des Forces et que des restrictions sont imposées au recrutement, il n'est pas difficile d'anticiper les requêtes administratives concernant les normes médicales[49]. » Le rapport du médecin-chef ne contenait pas la moindre surprise.

Ayant trouvé des personnes aptes au service, le Service médical devait tenter de s'assurer qu'elles ne seraient victimes des mille et une affections et maladies auxquelles elles pourraient s'exposer. L'un des vecteurs d'un tel désastre étant les insectes, le SMFC se mit donc à la recherche d'informations sur les moyens de contrôler leur prédation. En 1970, par exemple, le brigadier-général J. W. Barr, le médecin-chef par intérim, formula à l'intention du ministère de l'Agriculture le conseil suivant : « Comme vous n'êtes pas sans le savoir, notre gouvernement compte étendre le champ d'action des forces armées dans les régions du Nord. Dans le même temps, il nous est demandé de maintenir les Forces dans un état de préparation opérationnelle afin qu'elles soient disponibles pour des opérations de maintien de la paix dans toute région du monde. Cela comprend probablement toutes les régions climatiques et géographiques, d'un environnement tropical à un environnement arctique. » Autant qu'il sache, ajoutait-il, « aucun organisme particulier du gouvernement canadien ne participe activement, à l'heure actuelle, à une quelconque recherche notable dans le domaine des mouches piqueuses. Considérant notre engagement ferme et connu dans les régions nordiques, il est de ce fait essentiel d'encourager et d'aider les activités de recherche sur les mouches piqueuses[50]. »

49. ANC, RG 24, v 21,832, FMC 1050-100/M1, pt 2, Defence Medical Association, Proceedings of the Annual Meeting, 7-8 November 1974, Appx 10, Report of Surgeon General.
50. ANC, RG 24, Acc. 83-84/232, boîte 23, 1150-110/A71, Brig J. W Barr, Acting SG, to P. S. Corbet, Dir Research Institute Dept of Agriculture, 29 May 70.

Concédant qu'il était difficile d'établir une évaluation de « la probabilité d'un engagement dans des régions tropicales ou semi-tropicales comme partie d'une force de maintien de la paix », « quand même », poursuivait-il, « je pense qu'il serait souhaitable d'être plus amplement informé du contrôle et du potentiel de nuisance des vecteurs et des hôtes des maladies des arthropodes et des rongeurs ». En accord avec les préoccupations selon lesquelles « là où cela est possible, l'utilisation de pesticides rémanents », comme le DDT, « devrait être évitée ou, du moins, limitée aux cas où l'organisme cible est un vecteur d'importance médicale, j'estime que les recherches devraient être menées avec le souci de mettre au point des programmes de contrôle, qui auraient recours, dans une large mesure, aux agents de contrôle biologique, pesticides non rémanents ou à une combinaison de ceux-là, là où une compatibilité peut être établie ». Barr concluait en avertissant que « les objectifs qui précèdent ne peuvent être atteints en restreignant les recherches au domaine particulier de l'entomologie. L'ampleur de telles recherches devrait être étendue aux substances autres que les pesticides, les types et le rendement de l'équipement, ainsi que la mise au point de nouveaux procédés pour mettre en application les connaissances ainsi acquises[51]. » À tout prendre, une œuvre de taille, que n'a pas rendue plus facile la suppression du poste d'entomologiste l'année suivante, comme nous l'avions déjà relevé dans ce chapitre.

Durant la plus grande partie du siècle, le contrôle des insectes avait fait partie de la prévention des maladies. Une autre menace, l'alcoolisme, avait été moins clairement définie dans les années 1970. Comme nous l'avons également vu, le Service médical des Forces canadiennes avait envisagé de considérer cette affection comme une maladie, mais les commandants et les responsables, y compris le médecin-chef, continuaient à la traiter avec quelque ambiguïté. En 1973, le médecin-chef écrivait : « Jusqu'à l'année dernière, le SMFC refusait toujours d'admettre officiellement que l'alcoolisme était une maladie, afin que l'on puisse traiter les alcooliques administrativement. Cela voulait dire qu'un militaire alcoolique ayant plusieurs années de service pouvait être libéré [pour] mauvaise conduite ou comme étant inapte à rester dans le Service, tout en obtenant un droit à une pension très réduite… L'alcoolisme est désormais reconnu comme étant une maladie. Les ordres concernés ont été amendés en conséquence. Si l'alcoolisme est consécutif à un diagnostic psychiatrique primaire de névrose ou de psychose, on devrait recommander la libération », pour raisons médicales. « Si aucune maladie mentale sérieuse n'y est sous-jacente et si le diagnostic psychiatrique est simplement l'alcoolisme et quand la personne en question n'a pas réagi

51 *Ibid.*

positivement à des mesures de rééducation, elle sera classée de façon permanente dans une catégorie médicale de G5 O5 et renvoyée au Conseil médical de révision des carrières », qui pourrait, le plus vraisemblablement, recommander sa libération. Cette dernière, intervenant pour des raisons médicales, ne donnerait pas lieu à une pénalité de pension de retraite[52].

Interrogé sur le point de savoir s'il considérait l'alcoolisme comme une maladie auto-infligée, le médecin-chef « déclara qu'une faiblesse ou une déficience de la personnalité est ce qui apparaît peut-être. À cause sans doute de la disponibilité de l'alcool dans notre société, de telles personnes apparaissent comme étant alcooliques. Dans certains cas, il estimait qu'elles étaient en mesure de se contrôler elles-mêmes dans les premières étapes, mais tout simplement ne le veulent pas — exactement comme dans le cas de certains jeunes du service qui entrent en conflit avec les lois du service et persistent dans cette attitude, bien qu'ils sachent faire mieux. En fin de compte, d'aucuns perdent tout contrôle et deviennent des alcooliques confirmés. On ne peut traiter avec ce genre de personnes sur des bases purement administratives, parce qu'elles sont malades et ont besoin d'aide médicale et d'une aide d'autres sources... » Cependant, « il n'y a pas de place pour de telles personnes dans les Services, car elles sont inefficaces et peuvent, en fait, constituer un danger pour les autres[53] ».

Bien entendu, un membre des forces armées pouvait être libéré pour raisons médicales sans qu'il ait une tache à sa réputation, mais une telle approche ne constitue pas un premier recours. Il y a « un ordre administratif qui définit une obligation incombant à un commandant de venir en aide à toute personne soupçonnée d'être alcoolique — par le truchement de son médecin militaire », expliquait le médecin-chef, en ajoutant que « si le médecin militaire vient à le savoir en premier, il doit lui conseiller de porter l'affaire à l'attention du commandant, dont l'autorité est nécessaire pour imposer un traitement. Aucune mesure administrative ne peut être prise à l'encontre de personne jusqu'à ce qu'elle soit passée par l'étape de la "mise en garde et de la surveillance" pour au moins six mois. On ne doit pas tenter de "faire abstraction" de l'alcoolisme d'un individu. Le plus tôt il reçoit un traitement approprié, le plus vraisemblablement il aura des chances d'une "guérison permanente"[54]. » Que cela soit effectivement possible reste un sujet à controverse.

52. ANC, RG 24, v 21,832, EMC 1050-100/M1, pt 2, Defence Medical Association, Proceedings of the Annual Meeting, 15-16 Nov 73, Annex 2.
53. ANC, RG 24, v 21,832, EMC 1050-100/M1, pt 2, Defence Medical Association, Proceedings of the Annual Meeting, 15-16 Nov 73.
54. ANC, RG 24, v 21,832, EMC 1050-100/M1, pt 2, Defence Medical Association, Proceedings of the Annual Meeting, 15-16 Nov 73.

À l'époque où elles discutaient de telles questions au début des années 1970, les personnes concernées ne pouvaient s'imaginer que, quinze ans plus tard, le tabagisme figurerait parmi les principaux problèmes à l'ordre du jour. Au cours des dernières décennies du XX^e siècle, le tabac, jusque-là partie intégrante du style de vie de plusieurs générations de Nord-Américains, fut pris pour cible à cause des nombreuses preuves qui s'accumulaient sur ses effets pour la santé. À la fin des années 1980, les campagnes anti-tabac avaient marqué tellement de points que son usage, à l'exception sans doute du tabac sans fumée, fut interdit dans plusieurs immeubles du gouvernement, y compris les hôpitaux tels le Centre médical de la Défense nationale. La victoire, cependant, n'était pas nette, comme le relèvera en 1989 le brigadier-général J. J. Benoit, commandant de cette installation. « La mise en application d'une interdiction totale de fumer, décrétée par les règlements du Conseil du Trésor, a créé d'énormes difficultés dans cette unité. Dès le début, il était clair qu'un hôpital ne pouvait être traité comme un immeuble de bureaux. Bien que nous ayons eu l'intention de nous plier au règlement, il est rapidement devenu évident que cela ne serait pas possible dans un contexte hospitalier. Lors d'une récente réunion du Comité médical consultatif de cet hôpital, les médecins ont bien expliqué à mon équipe que fumer devrait être toléré dans certaines conditions, telles que l'usage psychiatrique du tabac ou son usage par des malades chroniques à long terme. Par conséquent, je n'avais pas d'autre choix que de réserver une zone aux fumeurs afin que certains patients autorisés à fumer sur ordonnance de leur médecin traitant puissent le faire. Bien que nous croyions que le nombre de patients qui sont dans ce cas sera assez réduit, le Centre médical de la Défense nationale cherche à obtenir une exemption partielle de l'interdiction de fumer qui pourrait porter atteinte aux soins des malades[55]. »

Venant compliquer cette affaire était le fait que le ministère des Anciens Combattants utilisait aussi l'hôpital, de telle façon que « nous voudrions également vous signaler que le deuxième étage, qui est occupé par des patients du ministère des Anciens Combattants, est plutôt un chez-soi qu'une section d'hôpital. Pour certains de ses patients, fumer est le seul plaisir physique qui leur reste dans la vie. Par conséquent, on devrait faire une exception pour ces clients particuliers. » Dans d'autres hôpitaux, on pouvait être autorisé à fumer sur ordonnance médicale, et le commandant a supplié les autorités de « donner à cette question le caractère d'urgence, étant donné que la situation présente devient intolérable, faisant en sorte que ma position est devenue en quelque sorte

55. ANC, 1998-00220-2, boîte 1, 1600-3, BGen J. J. Benoit, Comdt NDMC, to SG, 28 Feb 89.

ambigué et se prête à de sévères critiques[56] ». Le contre-amiral C. J. Knight, médecin-chef, s'exprimant au nom du chef d'état-major de la Défense, se montrait compréhensif et prêt à considérer que le Centre médical de la Défense nationale constituait une sorte d'hébergement plutôt qu'un lieu de travail, une définition et une exception qui autoriseraient ainsi l'usage du tabac dans le cadre de la politique antitabac[57], du moins pour quelques années.

Les maladies transmises par les insectes, l'alcoolisme et le tabagisme étaient tous caractérisées par la nature particulière de la menace et des questions associées à chacun d'eux, mais pour le SMFC certains problèmes se retrouvaient, pour des raisons géographiques, regroupés sous un même chapitre. L'un de ces dossiers en particulier, était en rapport avec le Nord canadien. Lors d'une réunion conjointe en 1971, le Comité consultatif sur la défense contre les agents biologiques et le groupe consultatif sur l'infection, l'immunité et la thérapie, indiquèrent que « le personnel affecté dans l'Arctique peut être atteint par les maladies infectieuses les plus communes de la zone tempérée mais, en plus, il peut s'exposer… à des infections singulières à la zone arctique. De surcroit, les particularités de la région arctique, dont (a) un froid intense (continuellement sous les -25 °F pendant plusieurs semaines ou mois), et (b) de petites communautés très éloignées les unes des autres, peuvent altérer le mode de transmission des agents infectants, faisant ainsi ressortir des caractéristiques épidémiologiques inhabituelles. Pendant l'été, toutefois, les températures élevées de la mi-journée et le rayonnement du soleil qui peut durer jusqu'à 20 heures par jour, dans des régions pleines de forêts, de lacs et de cours d'eau, sont autant de facteurs qui s'ajoutent pour créer des conditions inhabituellement favorables à la floraison de populations d'arthropodes se nourrissant de sang, notamment les moustiques et les simulies (mouches noires), qui peuvent ainsi servir de vecteurs aux agents infectieux. » Les questions militaires comprenaient donc « une meilleure compréhension des habitudes alimentaires et des cycles de reproduction des moustiques », ainsi que les « virus éventuels colportés par les moustiques. » C'est pourquoi la recherche devrait inclure une « enquête sur les réservoirs de virus des vertébrés », et un « prélèvement de sang pour tout le personnel militaire avant son départ vers l'Arctique et après son retour », afin de procéder à des épreuves au Centre de recherches pour la défense Suffield (CRDS)[58]. (Cette question sera de nouveau abordée ultérieurement.)

56. *Ibid.*
57. ANC, 1998-00220-2, boîte 1, 1600-5, RAdm C. J. Knight, SG for CDS, to Comdt NDMC, 2 May 89.
58. ANC, RG 24, Acc 83-84/232, boîte 24, 1150-110/A71, Minutes of Joint Meeting, Advisory Committee on Defence Against Biological Agents and Advisory Panel Infection, Immunity and Therapy, 19-21 Jan 71.

Les agents microscopiques représentaient donc une menace non négligeable, et le défi s'en est trouvé accentué, peut-être contre tout bon sens, par les basses températures du Nord du Canada, car « le froid va préserver la viabilité des virus et des bactéries pendant longtemps dans l'eau, les eaux d'égout et les ordures ménagères. À cela, il faudrait ajouter que l'eau stagnante dans les lacs gelés et les étangs favorise la constitution de microbes dans toute étendue d'eau, ou dans toute zone neigeuse ou glacée qui est contaminée par une élimination imprudente des excréments humains ou des déchets. » Il est évident que « l'entreposage des provisions d'eau dans des emplacements éloignés des lieux d'habitation, tout autant qu'un mode prudent de destruction des déchets et des excréments » étaient aussi cruciaux dans l'Arctique que dans les régions tempérées. De plus, étant donné que le personnel des forces armées charriait avec lui ses virus respiratoires et ses bactéries, et sachant que les basses températures l'obligeaient à passer beaucoup de temps à l'intérieur, la mise en place « de chambres à coucher individuelles, ou de dortoirs avec des séparations entre les lits, et un changement de l'air par une buse située loin de la bouche d'évacuation de l'air ou du terrain de décharge, etc., contribueront à diluer les virus ou les bactéries dans l'air et à prévenir ainsi la propagation de l'infection[59]. »

On effectua des recherches supplémentaires en février 1971. J. F. Currie, du Centre de recherches pour la Défense Suffield, demanda qu'un prélèvement de sang soit effectué parmi les troupes participant à des exercices dans le nord du pays, tel un exercice nommé *Northern Viking*, à la fois avant leur départ et après leur retour. Le Conseil de recherches pour la défense ayant procuré plusieurs subventions aux chercheurs pour entreprendre de telles études, les prélèvements pouvaient être examinés pour des anticorps aux Chlamydias (organismes qui se développent dans de mauvaises conditions hygiéniques) aussi bien que pour différents virus, la brucella (qui peut causer une infection des organes génitaux, des glandes mammaires et des appareils respiratoires et intestinaux), la tularémie (qui peut provoquer de la fièvre et un œdème des ganglions lymphatiques) et la leptospirose (caractérisée par une légère fièvre et, dans le pire des cas, une jaunisse et une insuffisance rénale). De son côté, le Dr Joncas examinerait les prélèvements à la recherche d'une mononucléose infectieuse. « Après mûre réflexion, on estime que les données recueillies par l'examen de sérums couplés prélevés des troupes prenant part à *New Viking* seront très importantes pour connaître les agents infectieux, si jamais il y en avait, qui poseront des problèmes du fait de la présence militaire dans le Nord canadien[60]. »

59. *Ibid.*
60. ANC, RG 24, Acc 83-84/232, boîte 24, 1150-110/A71, J. F. Currie, for DG DRES, to SG, 22 Feb 71.

Le médecin-chef ne formula pas d'objection dans l'immédiat, mais une étude pareille pouvait s'avérer être un véritable fardeau administratif, sachant que les troupes venaient de partout au Canada, et les explications de Currie ne semblaient pas avoir été conçues pour apaiser ce genre de préoccupations. « Après mûre réflexion, il est nécessaire d'obtenir des prélèvements de personnes devant se rendre dans les différentes régions où se tient le *New Viking* », écrivit-il au directeur de la médecine préventive. « Il est également nécessaire d'avoir des prélèvements de chaque région aux différentes saisons de l'année. Une bonne évaluation requiert un minimum de 100 prélèvements de chaque région, à chaque saison de l'année. La moitié au moins des membres de chaque groupe devrait subir un prélèvement avant de partir pour le Nord... Il est nécessaire d'avoir à la fois des groupes de prélèvements pris sur des troupes qui n'ont eu aucun contact avec les autochtones et avec des troupes qui ont eu ce type de contact ; de groupes qui ont eu peu de contacts avec des mouches piqueuses et d'autres qui en ont eu ; de groupes ayant peu de contacts avec des animaux sauvages et d'autres qui en ont eu[61] », des distinctions très difficiles à établir dans le contexte des exercices militaires.

En 1975, après avoir examiné 640 prélèvements sanguins du personnel des Forces canadiennes, les chercheurs avaient déjà un aperçu des types de maladies endémiques du Nord canadien. Après une comparaison de ces prélèvements avec d'autres effectués sur des animaux, ils ont indiqué que 26 de ces derniers contenaient des anticorps au virus de l'encéphalite de Saint-Louis, l'encéphalite étant une inflammation du cerveau. De surcroît, 8 lapins de garenne portaient des anticorps contre d'autres formes de virus de l'encéphalite de type Californie, comme cela était le cas de 9 lapins de l'Inuvik et 17 de la région de Hay River. Sur 26 prélèvements effectués sur le personnel des FC qui construisait une piste d'atterrissage, 24 portaient des anticorps contre le virus Epstein-Barr, bien qu'heureusement aucun d'entre eux ne développa des symptômes, sachant que cet organisme peut causer le cancer de la lymphe. Aucun des autres 640 prélèvements ne contenant des anticorps contre l'un des micro-organismes déjà étudiés[62], rien ne justifiait de s'alarmer.

Tout ce qui précède, de la recherche sur les insectes à l'immunisation en passant par les campagnes anti-tabac et les recherches dans l'Arctique, visait à tenter de prévenir les maladies ou, tout simplement, à améliorer la santé, d'une manière générale. Bien entendu, d'autres menaces

61 ANC, RG 24, Acc 83-84/232, boîte 24, 1150-110/A71, J. F. Currie, for DG DRES, to DPMed, 16 Mar 71.

62 ANC, RG 24, Acc 83-84/232, boîte 24, 1150-110/A71, Minutes of the 75/1 Meeting of the Advisory Cttee on Military Preventive Med, Apr 75 , Annex C.

Procédure intraveineuse, 1979. CIFC, CLC 79-862.

pouvaient planer sur la vie et l'intégrité physique des membres des Forces canadiennes, et le SMFC devait se préparer au jour où il se pourrait qu'il y ait des pertes massives. Selon le brigadier Large, du Royal Army Medical Corps, qui avait été invité à s'exprimer sur le sujet en 1974, une telle situation pouvait être définie comme « celle où le nombre des victimes reçues dans une unité médicale est tel que l'unité médicale ne peut accomplir convenablement son rôle primordial. » Ainsi, « si le rôle primordial de l'unité est le traitement (comme dans un hôpital), une situation de pertes massives intervient lorsque le nombre de victimes est tel que les normes admises de traitement chirurgical peuvent être respectées pour seulement une petite proportion d'entre elles, et qu'il n'est pas probable que les normes habituelles puissent être respectées pour le reste, dans un avenir prévisible... Dans une ambulance de campagne, dont le rôle primordial est le ramassage et l'évacuation, on peut dire qu'une situation de pertes massives surgit soit lorsque les victimes sont en nombre tel qu'il devient impossible de procéder à leur ramassage, soit lorsque le nombre des victimes rassemblées au principal poste de secours de l'ambulance de campagne devient impossible à gérer, à cause de l'arrêt des moyens d'évacuation à l'arrière[63]. »

Une éventuelle guerre nucléaire aurait pu évidemment provoquer ce genre de pertes humaines, mais « cela n'est, en aucune façon, essentiel, bien que de par sa magnitude, il s'agirait de l'événement qui créerait les plus grands problèmes pour le Service médical. Quoi qu'il en soit, il faudrait garder à l'esprit que, indépendamment de tout conflit nucléaire, des situations de pertes massives se sont déjà produites pendant des guerres, et donc le problème n'est pas tout à fait inédit... En temps de paix aussi peuvent se produire des situations de pertes massives, comme

63. ANC, RG 24, v.21,832, EMC 1050-100/M1, pt 2, Defence Medical Association, Proceedings of the Annual Meeting, 7-8 November 1974, Appx 6.

Examen de la main d'un artilleur, 1979. CIIFC, IW 79-570.

dans des régions sous-développées à la suite d'une catastrophe naturelle. Elles peuvent être tout aussi bien généralisées que localisées dans une zone particulière ; et, pour cette raison, il revient au médecin principal sur place de proclamer que la situation de pertes massives prévaut dans une région déterminée, à cause d'un manque de ressources médicales en rapport avec la tâche dévolue. » Quelle qu'en soit la cause, les facteurs qu'il faudrait prendre en considération comprennent « le nombre et le genre de victimes (atteintes de brûlures, blessées par un missile, irradiées, ou exposées à des armes chimiques) », « le temps prévu pour transporter les victimes à l'hôpital », « la cadence des arrivées par heure », « le temps qui s'écoulera entre le moment où la personne est blessée et celui où elle arrive effectivement à l'unité », « le point de savoir si les victimes ont déjà reçu une quelconque forme de traitement », et « les personnes disponibles pour s'occuper du flux attendu des victimes ». On devra ainsi aiguiller le trafic, aménager des espaces ouverts, procéder à un examen approfondi des patients, et bien définir les priorités[64].

Le contrôle de la circulation prit deux formes, celle des véhicules — de toutes sortes — transportant des patients pour être traités, et celle des patients eux-mêmes déplacés d'une station à l'autre au sein du système. Il était tout à fait clair que l'espace disponible serait un problème, un hôpital moyen de 600 lits étant adapté aux besoins de dix personnes gravement blessées traitées à la fois, alors qu'en cas de catastrophe cinquante personnes peuvent très bien arriver en quelques minutes. « Cela signifie qu'il faudra utiliser des espaces disponibles qui ne sont pas destinés à l'origine à accueillir des victimes, comme par exemple les corridors, salles de repos, salles d'attente, salles à manger et ainsi de suite. Afin que ces pièces puissent être rapidement modifiées pour faire face aux cas d'urgence, il est important qu'elles soient désignées à l'avance

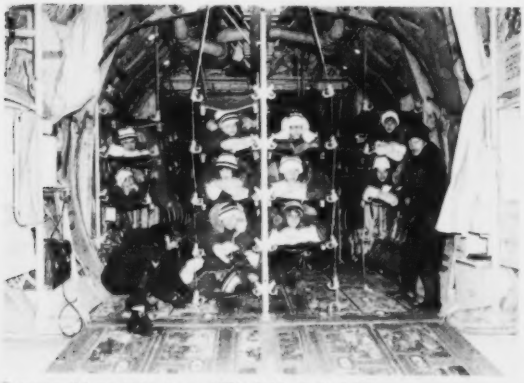
64. *Ibid.*

et que leur utilisation pour l'accueil soit tout à fait claire dans les IPO » ou Instructions permanentes d'opération des unités. « Dans la reconnaissance en temps de guerre, cherchez un gymnase, une salle de réunions, voire une étable, pour l'accueil. Et si aucun immeuble suffisamment grand n'est disponible, allez-y pour une tente… Que l'on utilise un immeuble ou la toile, la section d'accueil doit avoir des moyens d'accès et de sortie pour ambulances, et les véhicules doivent pouvoir se garer en attendant le déchargement. Si possible, les ambulances devraient pouvoir se garer dans une aire d'attente d'où on pourrait les appeler pour avancer pour le déchargement. » L'aire d'accueil devrait pouvoir recevoir au moins cent civières, séparées par un espace suffisant pour permettre aux praticiens médicaux d'examiner les blessés[65].

Ces mêmes praticiens auraient quelques décisions très difficiles à prendre. La raison en est qu'il « doit y avoir un changement dans la conception chirurgicale. Le système habituel, qui accorde la priorité aux blessés graves, devra être abandonné, parce que les moyens de la chirurgie opératoire classique sont bien en deçà de ce qu'il faudrait pour traiter des nombres massifs de victimes. L'objectif doit plutôt être de prodiguer le plus grand bien au plus grand nombre, en gardant à l'esprit de ramener au service tout homme qui pourrait y redevenir apte, et cet objectif sera atteint NON par la chirurgie opératoire à long terme mais en concentrant les efforts sur des premiers soins efficaces et des mesures non opératoires comme les pansements, l'éclissage de membres fracturés, et la réanimation. » Pour ce qui est du traitement subséquent, « les procédures chirurgicales seront, bien sûr, nécessaires, mais elles doivent être limitées à 20 minutes par patient en moyenne, et cela veut dire que les interventions chirurgicales seront effectuées uniquement pour sauver des vies et préserver l'intégrité physique, parachever des amputations, contrôler les hémorragies accessibles, effectuer des trachéotomies et des drainages et traiter les fractures "ouvertes"[66] ».

Le brigadier Large recommanda que les patients soient divisés en quatre catégories. La première serait le « Groupe du traitement minimal M0 », qui pourrait être traité sur place puis prendre soin de lui-même. La deuxième catégorie « Groupe de traitement immédiat M1 » aurait besoin de premiers soins pour sauver « la vie ou des membres », comme le contrôle d'une hémorragie. En troisième position venait le « Groupe de traitement retardé M2 » formé de ceux nécessitant un traitement chirurgical qui prend du temps mais qui devrait attendre que l'on en ait terminé avec le Groupe M1 ; par exemple, une personne atteinte de grandes blessures musculaires serait classée dans cette catégorie.

65. *Ibid.*
66. *Ibid.*



Exercice d'évacuation, hiver, 1976. CIIFC, IE 76-7-15.

Finalement, il y avait le « Groupe de la méthode expectante M3 », comprenant par exemple les brûlures sur plus de 30 pour cent du corps et des niveaux d'irradiation élevés et mortels, pour lesquels les procédures « seraient difficiles, compliquées et prendraient du temps ». D'importantes doses d'analgésiques narcotiques pourraient être nécessaires, « ces patients ne devraient pas être abandonnés, mais on devrait déployer tout effort possible pour leur assurer le confort et préserver leurs chances de survie même si leurs blessures sont très inquiétantes[67]. »

Les praticiens militaires médicaux ne pouvaient toutefois pas toujours attendre qu'on leur amène les patients, que cela soit dans des situations de pertes massives ou autres, et parfois ils devaient eux-mêmes aller les trouver et les transporter là ou on pouvait leur prodiguer un traitement. L'exigence de l'évacuation n'était pas moins évidente en temps de paix qu'elle ne l'était en temps de guerre, et en 1974 le médecin-chef notait ainsi que « le nombre des vols d'évacuations aéromédicales avait de nouveau augmenté en 1973, pour atteindre 392, du fait de la seule augmentation du nombre des patients civils... Le SMFC coordonne ces évacuations et a une équipe médicale à bord. En mars de cette année, on a reçu une demande pour évacuer d'Ibadan, au Nigéria, un civil canadien atteint d'une maladie très infectieuse — la fièvre de Lassa. Heureusement, l'état du patient s'est amélioré au dernier moment et le vol a été annulé, mais cela a été l'occasion de soulever des questions intéressantes concernant la protection des membres d'équipage et des aides médicaux en cours de vol, en plus de trouver un hôpital qui accueillerait de tels patients au Canada. En coopération avec Santé et Bien-Être social Canada, le Centre médical de la Défense nationale

67. *Ibid.*

examine la faisabilité de la mise en place d'une salle de quarantaine convenable[68]. »

Bientôt devait apparaître une politique de transport de patients atteints de telles maladies. Le Comité consultatif sur la médecine préventive publia, en 1975, une étude dans laquelle il indiquait qu'il y a eu cinq flambées de fièvre de Lassa depuis 1969, ajoutant que « le gouvernement canadien devint impliqué dans cette affaire pour la première fois en 1972, lorsqu'une demande fut présentée pour évacuer un malade de Sierra Leone, puis en 1974 pour une femme au Nigéria — un de cinq cas présumés. Le film des événements fut décrit et les préparatifs des Forces canadiennes ont été discutés au point où la demande d'évacuation devait être annulée une nouvelle fois peu avant le départ de l'aéronef du Canada. » Un des problèmes examinés par le comité s'articulait autour des « autorisations des autorités des pays ou des régions où l'appareil était censé se poser pour se ravitailler en carburant ou pour d'autres raisons... ». De même, « une approbation doit être obtenue pour l'hôpital d'accueil, sachant qu'on transporte un cas présumé d'une maladie extrêmement infectieuse et peu connue[69] ».

Il fallait également s'occuper des questions techniques, et « parce que l'on ne maîtrise pas parfaitement la question de la transmission des micro-organismes dans les parcours de circulation d'air climatisé et les systèmes d'aération dans les deux types d'avions de transport long-courrier des Forces canadiennes, une étude a été lancée pour évaluer le problème de la dissémination de tels organismes dans le C-130 (Hercules) et le Boeing 707 appartenant aux Forces canadiennes. On propose de disperser des micro-organismes non pathogènes, de prélever de grands échantillons d'air et d'effectuer des ponctions pour étudier la diffusion des micro-organismes, avec le souci de trouver le meilleur emplacement, à l'intérieur de l'appareil, pour un patient atteint d'une maladie infectieuse, afin de limiter la transmissibilité à son strict minimum[70]. »

Le Comité en conclut que « la raison la plus valable pour transporter par voie aérienne un malade atteint de la fièvre de Lassa doit être seulement les intérêts bien compris du patient lui-même, après avoir établi que l'hôpital où le cas se trouve ne dispose pas des installations suffisantes pour le faire. Une fois la décision prise de procéder à une évacuation par voie aérienne et les autorisations nécessaires obtenues, et après s'être assuré que l'hôpital d'accueil est bien disposé à recevoir le patient,

68. ANC, RG 24, v.21,832, FMC 1050-100/M1, pt 2, Defence Medical Association, Proceedings of the Annual Meeting, 7-8 November 1974, Appx 10.
69. ANC, RG 24, Acc 83-84/232, boite 24, 1150-110/A71, Minutes of the 75/1 Meeting of the Advisory C tee on Military Preventive Med, Apr 75.
70. *Ibid.*

une équipe médicale volontaire doit être mise en place. De strictes techniques de protection seront appliquées en chemin. Le meilleur jour qui conviendrait pour l'évacuation serait autour du cinquième, vu que la mort intervient généralement entre le douzième et le quatorzième jour[71]. » Nous savons maintenant que la fièvre de Lassa, de même que le virus Hantaan, peut être contractée par contact avec les déjections ou l'urine des petits rongeurs, bien qu'elle puisse se propager de personne à personne par le sang, les tissus, les sécrétions et les excrétions. Le simple contact ne laissera pas cependant le virus se propager, ce qui fait que les procédures présentées ci-haut étaient en fait plus globales qu'il ne le fallait — bien que cela ne soit pas une raison pour formuler des critiques.

Ainsi donc, bien que la mobilisation de la Guerre froide prit fin dans les années 1960, on verra que dans les années suivantes l'attention du gouvernement canadien et des forces armées va se porter sur des opérations qui, sans être belliqueuses, étaient tout de même de nature globale. En un certain sens, la période qui s'étend des années 1970 jusqu'à la fin du siècle sera celle d'une très lente démobilisation, qui ne parviendra pas cependant à stopper une très nette augmentation du nombre des missions outre-mer après 1988. En tout cas, pour le Service médical, le défi était encore plus grand, car l'Union soviétique ayant perdu son statut d'ennemi, les praticiens médicaux et les équipes de soutien devaient se préparer pour une grande variété de missions dans des dizaines d'environnements différents. Le SMFC n'allait plus se concentrer sur la nécessité de garder l'URSS et ses satellites hors de l'Europe occidentale, mais cela ne voudrait pas dire que ses horizons en étaient devenus limités. Bien au contraire, il se préparait à se déployer dans le cadre de toute opération nécessitant une aide médicale, n'importe où dans le monde.

71. *Ibid.*

Chapitre neuf

La préparation à la guerre : le recrutement, la formation et l'hôpital de campagne durant les dernières années de la Guerre froide

Au Canada, vers la fin des années 1960, la Guerre froide n'occupait plus le premier plan, mais les forces armées du pays continuaient d'assumer la responsabilité de se préparer pour le pire, à une différence près : la nature du pire n'était plus aussi claire qu'auparavant. Comme ce fut le cas depuis la Première Guerre mondiale, cette préparation prit deux formes essentiellement : la formation individuelle et les entraînements au niveau des unités, habituellement sous forme d'exercices dans le champ. Ces préparatifs avaient également un aspect de planification et de logistique, en rapport surtout avec d'éventuelles opérations dans le cadre de l'OTAN qui, malgré divers développements, restait le centre doctrinal pour les forces armées canadiennes et leurs branches de soutien, y compris le service médical.

Les défis étaient nombreux, le premier étant de s'assurer que le Service médical des Forces canadiennes avait la capacité d'accomplir des tâches innombrables. En 1973, le SMFC comprenait 320 officiers médicaux (d'un total de 341 postes disponibles), 205 officiers des services paramédicaux (d'un total équivalent), 366 (de 374) infirmiers ou infirmières, 1327 (de 1375) adjoints médicaux, 28 (un de plus que le total disponible de 27) assistants de salle d'opération, 80 (de 81) techniciens de laboratoire, 77 (un de plus que le total alloué de 76) techniciens en hygiène, et 38 (de 39) biotechniciens[1]. Il faudrait noter ici qu'avec des nombres pareils, l'amélioration demeurait possible et, bien que les postes, en 1973, étaient comblés à un niveau qualifié de « stable » par le médecin-

1. ANC, RG 24, v.21,832, FMC 1050-100/M1, pt 2, Defence Medical Association, Proceedings of the Annual Meeting, 15-16 Nov 73.

chef, il manquait toujours 16 pharmaciens au service (soit un déficit de 21 pour cent). Toutefois, « ce déficit devrait être réduit considérablement à la mi-1975, date à laquelle les 15 officiers participant à des programmes de pharmacie subventionnés, dans diverses universités, auront complété leur formation[2]... »

En ce qui concerne le Programme d'instruction à l'intention des médecins militaires (connu auparavant sous le nom de Plan de 45 mois), « normalement, le nombre minimum de personnes pouvant participer au plan chaque année s'élève à 50 personnes. Il est important de maintenir ce taux annuel afin de compenser les départs volontaires habituellement nombreux chaque année, quand les capitaines médecins militaires, ayant accompli le service obligatoire de trois ans, auquel ils ont souscrit afin d'être subventionnés, choisissent d'abandonner les Forces pour le secteur civil. » Cependant, « au cours des dernières années, nous opérons avec la moitié de ce chiffre annuel. Inutile de rappeler ici que cette situation soulève des inquiétudes quant à la possibilité du SMFC de fournir un soutien médical efficace face à un tarissement continu d'une ressource humaine cruciale, à savoir le capitaine médecin militaire. Cette année, cependant, un effort mené de concert par le directeur du recrutement et les médecins-chefs des Commandements, combiné avec ce qu'on estime être un changement d'attitude de la part des étudiants dans les universités vis-à-vis du plan médical subventionné offert par les Forces, paraît inverser une tendance à la baisse. » Toutefois, le médecin-chef estima qu'il serait possible de recruter 40 candidats seulement d'un quota alloué de 65 personnes[3].

La Marine, au moins, ne risquait pas d'accroître la demande, les besoins sur les navires en mer étant comblés, à sa grande satisfaction, par les adjudants adjoints médicaux. Seulement dans ses années de « vaches grasses », selon un amiral, la Marine a eu recours à des médecins militaires pour assumer ce rôle[4]. Le *Bonaventure* avait été vendu pour la ferraille, ce qui fait que seuls les navires de réapprovisionnement, dont jamais plus de deux n'étaient opérationnels à la fois, comptaient des officiers du SMFC parmi leurs équipages. Malgré tout, la pénurie persistait et, même si le médecin-chef rapporta, en 1975, que 55 médecins militaires seraient prêts, en 1977, pour le service au sein des forces armées, et que ce chiffre serait plus élevé, mais reste indéterminé, pour 1978, « il y aura une interruption durant les deux prochaines années, nécessitant d'engager du personnel civil et créant ainsi un trou dans le budget[5] ».

2. *Ibid.*
3. *Ibid.*
4. ANC, RG 24, v. 21,832, FMC 1050-100/M1, pt 2, Defence Medical Association, Proceedings of the Annual Meeting, 7-8 November 1974.
5. *Ibid.*

Recruter des médecins militaires n'était qu'un problème parmi tant d'autres, au niveau du personnel, auxquels les décisionnaires devaient faire face. Les autres défis concernaient le sexe des membres du personnel, même si cette question exigea, avec le temps, moins d'attention administrative et politique, la subdivision des tâches entre hommes et femmes s'estompant graduellement. En 1973, à titre d'exemple, l'Association médicale de la défense nota que « le métier d'infirmière auxiliaire, précédemment constitué d'environ 100 femmes de métier, a été rayé de la structure des métiers médicaux et ces filles [en fait, des femmes d'âge adulte] sont maintenant classées en tant qu'adjointes médicales. Ce changement a été conçu au départ afin de renforcer les occasions de carrière à long terme pour les femmes au sein du SMFC, et a été bien reçu par le personnel féminin concerné[6]. »

En ce qui a trait aux autres métiers et classifications, la situation était en quelque sorte différente, même si, en 1974, il semblait que le nombre de femmes médecins allait augmenter, le médecin-chef rapportant qu'« il existait des différences considérables » entre les nombres prévus : « une seule femme médecin l'année prochaine, deux l'année suivante, et 12 pour l'année d'après. » Plus encore, une femme participait déjà au PMEM (ou Programme militaire d'études de médecine), qui permettait aux officiers appartenant à d'autres classifications d'obtenir une qualification médicale, et plusieurs pharmaciens militaires faisaient partie du PFOR (ou Programme de formation des officiers — Force régulière, qui couvrait les frais des études universitaires en contrepartie d'un service futur). D'autres pharmaciens se joignaient directement aux forces armées. « D'un autre côté, il y avait quelque cinq infirmiers, la plupart d'entre eux considérés comme étant des "officiers de carrière", ce qui n'était pas toujours le cas pour les infirmières militaires dont la durée moyenne de service était d'à peu près deux ans », sans doute en raison des exigences de la vie de famille, les services de garderie étant quasi inexistants à l'époque. Quoi qu'il en soit, en ce qui concerne le sexe des membres du personnel, « cette situation est suivie attentivement, afin de ne pas engager trop d'infirmiers, lesquels, s'ils décident de choisir le service comme carrière, risquent d'occuper pratiquement tous les postes de cadres supérieurs dans la branche des soins infirmiers, d'ici 10 à 12 ans[7] ».

Au risque de devancer quelque peu l'histoire, il serait utile de rappeler au lecteur comment la question du sexe a évolué et s'est conclue

6. ANC, RG 24, v 21,832, FMC 1050-100/M1, pt 2, Defence Medical Association, Proceedings of the Annual Meeting, 15-16 Nov 73 ; Annex 2.
7. ANC, RG 24, v 21,832, FMC 1050-100/M1, pt 2, Defence Medical Association, Proceedings of the Annual Meeting, 7-8 November 1974.

d'elle-même durant les décennies qui suivirent. L'auteur n'est pas l'avocat de l'approche « Jeanne d'Arc » face à ce genre de questions, mais des individus peuvent en effet servir d'exemples sur l'évolution des tendances au fil des années. Wendy Clay, en l'occurrence, était la première Canadienne à gagner ses galons de pilote militaire en 1972. Elle était également la première femme à obtenir un diplôme en médecine aéronautique. En juin 1992, elle devint médecin-chef adjoint (*Deputy Surgeon-General*), puis, deux ans plus tard, promue au grade de major-général et au poste de médecin-chef (*Surgeon General*) et chef-Services de santé (*Chief of Health Services*). Durant la même période, au début des années 1990, toutes les quatre unités de manœuvres médicales étaient commandées par des femmes : le major Hilary Jaeger de la 2e Ambulance de campagne (précédemment médecin principal à Sarajevo), le capitaine de frégate Marg Kavanagh de la 1re Ambulance de campagne (précédemment conseillère médicale de la force opérationnelle pour l'Opération *Friction*, la contribution du Canada aux opérations de la guerre du Golfe), le lieutenant-colonel Bev Anderson du 1er Hôpital de campagne du Canada (la première infirmière officier à commander cette unité), et le Lieutenant-colonel Marianne Savard de la 5e Ambulance de campagne. Plus tard, au cours de la même décennie, le Brigadier-général Lise Mathieu devint la première non clinicienne (elle fut administrateur en soins de santé) à être nommée au poste de Directeur général-Services de santé, commandant du Groupe médical des Forces canadiennes, ce qui la place en fait à la tête du Groupe des services de santé des FC[8].

Pour en revenir aux années 1970, nous pouvons dire que le service médical se rendait compte, au moins, des problèmes de personnel auxquels il devait faire face pour pouvoir remplir son mandat, même si certains problèmes, telle que la pénurie en médecins militaires, n'étaient pas complètement résolus. Le SMFC faisait partie, cependant, d'une société plus élargie et les développements dans cette entité plus large créaient parfois de nouveaux défis en ce qui a trait à la gestion des officiers et des soldats. Un exemple à cet état de choses est le bilinguisme, une politique mise en place au début des années 1970 pour s'assurer que les deux groupes fondateurs de langues européennes pourraient profiter d'occasions de carrière au sein de la fonction publique, des forces armées et de la GRC. La mise en application de cette politique ne pouvait, toutefois, qu'aggraver le défi déjà suffisamment complexe, comme allait le découvrir, en 1989, le brigadier-général J. J. Benoit, commandant du Centre médical de la Défense nationale. À un membre du personnel des salles d'urgence, qui se plaignait de la mise en œuvre de la politique du bilinguisme, le brigadier-général répondit dans une lettre, qui fut dis-

8. Adjuc M. McBride à Bill Rawling, 18 Fev 03.

tribuée à toutes les branches de l'hôpital : « Je suis certain que vous savez que la loi sur le bilinguisme a été approuvée au Parlement à l'unanimité et par tous les partis politiques… Le ministère de la Défense nationale, et le CMDN, en particulier, ont été accusés d'avoir fait très peu de progrès vers le bilinguisme, durant les 15 dernières années. Nous avons reçu des instructions nous demandant de rattraper ce décalage dans le délai le plus court possible. Les plaintes au sujet du manque de bilinguisme dans cette unité ne vous parviendraient certainement pas, mais mon bureau est parfois submergé de plaintes, surtout de la part de personnes qui ne peuvent pas recevoir une communication dans la langue de leur choix au point d'entrée de l'hôpital (la salle des urgences), un département qui relève de vous. » Par ailleurs, affirma-t-il, un cours d'enseignement de langues secondes avait été offert à l'individu en question et, « même si une partie de cette formation doit être effectuée en dehors de vos heures du travail, il faudrait que vous admettiez que cette offre vous a été faite effectivement ». Le brigadier-général estima utile d'ajouter que « l'idée même de la loi sur le bilinguisme n'était pas uniquement d'offrir un service dans la langue officielle préférée du client, mais d'être capables de le faire, que cette demande soit faite ou pas ». Le plaignant jouissait d'un droit de titulaire, ce qui voulait dire qu'il ne lui était pas demandé d'être bilingue, mais le commandant gardait quand même l'option d'employer cette personne dans une autre branche de l'hôpital[9].

Afin de comprendre l'ampleur du problème, il faudrait souligner ici que les controverses de ce genre venaient s'ajouter à d'autres problèmes de personnel, déjà infiniment variés. Prenons comme exemple le groupe des physiothérapeutes, qui faisait face en 1978 à une pénurie d'officiers EDO (Enrôlement direct en qualité d'officier), ceux-ci étant des personnes déjà qualifiées qui souhaitaient se joindre aux forces armées. Il fut donc décidé de lancer un Programme de formation des officiers-Force régulière (ou PFOR), selon lequel la couronne prendrait en charge les frais des étudiants, qui devraient, dès l'obtention de leur diplôme, effectuer un service pour une durée déterminée. Selon le Colonel G. J. Bérubé, le chef du service de médecine au CMDN, « avant la mise en vigueur du Programme de formation des officiers — Force régulière en physiothérapie, en 1978, les physiothérapeutes admis par enrôlement direct en qualité d'officiers devaient avoir un minimum de deux ans d'expérience, après l'obtention de leur diplôme, pour qu'ils puissent se qualifier pour admission dans les Forces canadiennes. » La raison en était qu'ils pouvaient être affectés à des institutions où ils ne seraient pas supervisés. « Seuls responsables, il n'y aura pas la plupart du temps, dans

9. ANC, 1998-00220-2, boîte 1, 1901-0, BGen J. J. Benoit, Comdt, to Distribution, 16 May 89.

un rayon de plusieurs milles, une seule personne de leur champ de spécialité pour les conseiller ou leur fournir de l'aide au besoin[10]. »

Un cas fut soulevé par un officier candidat, qui écrivit à la personne en charge du service de physiothérapie d'un hôpital : « Cela m'inquiète de travailler dans un petit service en tant que seul physiothérapeute, immédiatement après l'obtention de mon diplôme[11]. » La réponse du service de physiothérapie du CMDN était supposée être rassurante : « Il est tout à fait compréhensible que vous soyez inquiet de travailler en tant que responsable unique juste après l'obtention de votre diplôme, et sans expérience préalable pour développer vos compétences et votre confiance cliniques. Soyez rassuré, parce que la politique adoptée consiste soit à affecter tous les nouveaux PFOR au Centre médical de la Défense nationale pour l'expérience clinique, ou à affecter un thérapeute confirmé à un hôpital de base avant de laisser une seule personne en charge. Il est préférable que… cette expérience s'effectue durant une période allant de neuf mois à un an, toutefois cette période peut être raccourcie en fonction du progrès du thérapeute. Vous serez également familiarisé avec les détails administratifs, de documentation et de gestion, qui seront nécessaires pour une gestion réussie de votre département, votre charge professionnelle et les demandes attendues de votre poste. » Le chef du département suggéra à l'officier candidat, qui faisait ses études à Vancouver, d'entrer en contact avec l'hôpital à Esquimalt afin de gagner en expérience[12].

Aux yeux de Bérubé, cependant, les Forces canadiennes avaient toujours un problème à ce niveau, ne serait-ce que parce qu'elles engageaient un maximum de trois physiothérapeutes PFOR par an, et « il apparaît que la perpétuelle pénurie de physiothérapeutes dans les FC ne permet pas aux nouveaux diplômés inexpérimentés d'obtenir une expérience clinique de durée raisonnable… aux côtés de thérapeutes expérimentés, à une base ou au CMDN ». À titre d'exemple, « un lieutenant qui a obtenu son diplôme en C.-B., en décembre 1984, a passé plus ou moins un mois… à la BFC Esquimalt. En février 1985, ce lieutenant, considéré en partie inexpérimenté par le physiothérapeute senior, a dû prendre en charge le service à la BFC Borden, le titulaire ayant démissionné. » (On ne sait pas si le lieutenant était le même praticien qui avait reçu des assurances l'année précédente.) Un autre cas fut celui d'un thérapeute qui avait passé six semaines au Centre médical de la Défense nationale

10. ANC, BAN 1998-00220-2, boîte 1, 4500-0, v.1, Col G. J. Bérubé, Chief of Med NDMC, to SG, 16 Jan 85.
11. ANC, BAN 1998-00220-2, boîte 1, 4500-0, v.1, OCdt to Cold Lake Hospital Physiotherapy Dept, 1 Mar 84.
12. ANC, BAN 1998-00220-2, boîte 1, 4500-0, v.1, Maj B. P. Warrington-Kearsley, Head/Physical Therapy Section NDMC, to OCdt, 4 Apr 84.

avant d'être envoyé sur une base. « Il passait ses après-midi sportifs en téléconsultation avec le thérapeute senior du CMDN concernant les conditions difficiles auxquelles il faisait face ou qu'il traitait. » Un dernier exemple fut fourni par le thérapeute senior de l'hôpital, qui a « reçu un coup de fil d'une thérapeute de BFC, lui expliquant qu'un candidat PFOR dans une université proche passait quelques heures avec elle chaque semaine parce qu'elle était terrifiée à l'idée d'avoir à faire fonctionner toute seule son service, immédiatement après l'obtention de son diplôme. » En bref, « l'on craint que l'urgence de combler les postes vacants en prenant très peu en considération les besoins des nouveaux diplômés et l'expérience de base, nécessaire après l'obtention des diplômes pour assurer les meilleurs soins aux patients, est en train de devenir rapidement un précédent[13]. »

Les physiothérapeutes représentaient peut-être un cas extrême, et l'un des aspects du défi au niveau du personnel, qui semblait générer beaucoup moins d'angoisse, était le recrutement et le maintien des infirmiers et infirmières. « Afin de continuer à assurer le niveau le plus élevé possible de soins infirmiers dans les hôpitaux et les cliniques, les Forces canadiennes ne recrutent, à l'heure actuelle, que les seuls officiers qui possèdent un minimum de deux ans d'expérience postuniversitaire », annonça l'Association médicale pour la Défense en 1973. Malgré l'existence de ces critères, il ne restait qu'une douzaine de postes à remplir sur un total de 378, 142 de 366 infirmiers et infirmières expérimentés ayant prouvé leur bilinguisme et 170 ayant accompli des cours avancés de soins infirmiers. Dix d'entre autres étaient des hommes, trois de ces derniers ayant été recrutés durant la même année. De plus, « pour la première fois, un officier de soins infirmiers suit un cours complet au Collège d'état-major des Forces canadiennes, Toronto, et le Directeur-Services infirmiers vient d'achever le cours de 11 mois au Collège de la Défense nationale[14] », deux cours exigés respectivement pour une promotion aux grades d'officier supérieur et de général.

L'année suivante, cependant, la situation semblait relativement moins positive. Dans son rapport à l'Association médicale pour la défense, le médecin-chef nota que « le recrutement pour les services infirmiers de la Force régulière a été lent au cours de l'année, principalement en raison de l'exigence de deux années d'expérience post-universitaire, et une plus grande concurrence de plusieurs employeurs civils, qui sont dorénavant autorisés à verser des salaires plus élevés. Cependant, le niveau global de

13. ANC, BAN 1998-00220-2, boîte 1, 4500-0, v.1, Col G. J. Berube, Chief of Med NDMC, to SG, 16 Jan 85.
14. ANC, RG 24, v.21,832, FMC 1050-100/M1, pt 2, Defence Medical Association, Proceedings of the Annual Meeting, 15-16 Nov 73.

la dotation est maintenu, et la vacance de certains postes est due au fait que des officiers de soins infirmiers sont absents pour instruction militaire ou formation professionnelle ». Un mauvais pressentiment persistait quand même, surtout après la publication d'une étude sur le métier d'infirmière dans la fonction publique, effectuée par une commission interministérielle. Cette dernière avait, en effet, noté « l'existence d'un niveau élevé d'insatisfaction parmi les infirmiers et infirmières du service fédéral, qui nécessite une attention rapide de la part des gestionnaires de tous les niveaux, dans l'intérêt d'assurer, à la fois, un service de qualité et un bon niveau de moral et de relations entre les membres du personnel… ». Elle rapporta aussi que « la question, qui provoque le plus d'insatisfaction parmi les infirmiers et infirmières concerne les rémunérations… ». En plus, « les infirmiers et infirmières ont également exprimé une bonne dose d'inquiétude quant à leur utilisation, les occasions de progresser dans leurs carrières et, à un niveau moindre, les occasions de perfectionnement professionnel[15]. »

Ainsi, la situation n'était pas toute rose pour les officiers de soins infirmiers militaires, comme l'illustra une plainte du major M. P. Lavoie, responsable de salle d'opération. « L'affectation d'une étudiante stagiaire en salle d'opérations à un poste d'infirmière-chef, immédiatement après l'obtention de son diplôme, suscite une grande inquiétude », écrivit le major, ajoutant : « il est regrettable qu'une personne non préparée soit placée dans un secteur de spécialité avant que lui soit offerte la possibilité d'acquérir une expérience adéquate, afin de renforcer sa formation régulière. » Pour tenter d'expliquer ses propos, le major nota que « dans le passé, quand les qualifications d'infirmière de salle d'opérations étaient obtenues par des cours civils de six mois, la stagiaire avait un minimum de quatre mois à un an de FCE [Formation en cours d'emploi] avant de commencer ces cours. À l'heure actuelle, l'infirmier ou l'infirmière vient en cours sans préparation en salle d'opérations et, après l'obtention du diplôme, on attend qu'elle fonctionne au même niveau de compétences spécialisées que les diplômés des cours civils. Après observation des diplômés des cours des FC affectés à mon personnel, mon expérience me permet de dire que quatre à six mois au moins sont nécessaires pour qu'elles soient des infirmières qualifiées en salle d'opérations[16]. »

Le major estima utile d'émettre une mise en garde quant aux problèmes auxquels les nouveaux diplômés pourraient faire face. Parmi ces problèmes, citons « la programmation quotidienne des chirurgies », « les

15. ANC, RG 24, v.21,832, FMC 1050-100/M1, pt 2, Defence Medical Association, Proceedings of the Annual Meeting, 7-8 November 1974, Appx 10, Report of Surgeon General.
16. ANC, BAN 1998-00220-2, boîte 1, 4500-0, v.1, Maj M. P. Lavoie, Op Rm Supervisor [NDMC 2], to D of N, 29 Mar 83.

rapports avec les chirurgiens et le traitement de leurs "demandes" », « la gestion administrative d'une salle d'opérations, y compris la rédaction de RAP [Rapports d'appréciation du personnel], que l'infirmière pourrait ou ne pourrait pas connaître », et « le travail avec un personnel très expérimenté en salle d'opérations, qui pourrait contourner l'infirmière en chef pour des questions de techniques, sans qu'elle s'en rende compte ». Ce personnel pourrait également « la pousser à lancer des changements qui ne sont pas appropriés pour les techniques des salles opératoires, mais seraient avantageux pour le personnel au niveau de leur temps et de leur charge de travail ». Un autre problème concernait « l'incapacité, en raison du manque d'expérience, d'assumer, de façon adéquate, les responsabilités d'infirmière... pour des chirurgies majeures. » En conclusion, « c'est en ayant ces craintes à l'esprit que je recommande... deux à six mois d'expérience consécutive à la formation, avant d'être placé dans le poste d'infirmière en chef ; ou bien, à l'avenir, une période FCE dans l'une de salles d'opérations des FC, avant de commencer le cours d'infirmière en salle opératoire[17] ». Le directeur en soins infirmiers, le lieutenant-colonel S. M. Robinson, approuva[18].

Transformer une infirmière (occasionnellement, un infirmier) en une praticienne médicale des forces armées n'était pas donc un processus facile. En 1980, l'École du Service médical annonça « l'adoption d'une version complètement révisée du Cours de soins infirmiers — Niveau élémentaire », comprenant 28 jours de formation, ou six semaines en comptant les congés fériés et les jours administratifs. « En plus de l'attention particulière accordée à l'administration médicale, le cours comprend une initiation aux services de santé et aux sujets cliniques[19] », mais il fallait bien plus pour compléter l'éducation d'un officier de soins infirmiers. Avant d'arriver à Borden pour les cours précédemment mentionnés, l'infirmier ou l'infirmière passait par un processus de familiarisation qui ne différait en rien à celui auquel étaient soumises les autres recrues. Le lieutenant de marine Rebecca Patterson relata plus tard sa propre expérience : en 1989 « j'ai passé 13 semaines à Chilliwack, C.-B., pour un entraînement de base avec tous les autres élèves-officiers. Les tactiques d'infanterie, les compétences en leadership, l'endoctrinement militaire, et un entraînement physique intense faisaient partie de l'instruction. Je ne fus reconnue comme infirmière qu'environ un an après le début de ma carrière militaire[20] ! » Plus tard, elle a probablement

17. ANC, BAN 1998-00220-2, boîte 1, 4500-0, v.1, Maj M. P. Lavoie, Op Rm Supervisor [NDMC?], to D of N, 29 Mar 83.
18. ANC, BAN 1998-00220-2, boîte 1, 4500-0, v.1, LCol S. M. Robinson, D of N, to NDHQ/DPCO/NUR and SurgGen for DNS, 12 Apr 83.
19. DHH 1326-2676, Pt 4, CFMSS Annual Historical Report, 23 Feb 81.
20. E. A. Landells, *The Military Nurses of Canada : Recollections of Military Nurses*, White Rock BC, 1995, p. 522.

reçu une formation pour un travail plus spécialisé, tels que les soins intensifs, les soins infirmiers-salle d'opération, les soins infirmiers psychiatriques, les soins infirmiers communautaires ou d'obstétrique, cette dernière formation étant « un cours de base requis avant une affectation dans une région isolée[21] ». (Rappelons-nous les expériences de Patricia Gill relatées dans le premier chapitre.)

Un autre groupe essentiel de praticiens au sein du SMFC était celui des adjoints médicaux, plusieurs d'entre eux devant être entraînés au niveau 6B, ou adjudant, une exigence rendue d'autant plus importante par la pénurie perpétuelle de médecins militaires. Le problème, cependant, était que ce genre de formation « doit être fourni par un médecin militaire bien informé et intéressé, qui est conscient de la nécessité d'un préceptorat supervisé seul à seul ». La situation se compliquait davantage par les critères pour les adjoints médicaux sous-officiers, puisque « seuls les A Méd qui sont entraînés et qui sont capables d'assumer un emploi autonome doivent effectuer des tâches autonomes. Le seul niveau d'entraînement considéré valable est la qualification 6B A Méd. Si les commandants utilisent des personnes de métier qui ne sont pas qualifiées 6B, les médecins militaires seniors sont dans l'obligation d'informer le commandant que les troupes qu'il commande ne reçoivent pas des soins spécialisés et pourraient de ce fait en souffrir[22]. »

Nous avons déjà passé en revue le genre de formation que les Adjoints médicaux étaient censés recevoir durant leur entraînement, et cette liste ne fit que s'allonger durant les années 1970 et les décennies suivantes. Pour ne citer qu'un seul exemple, en 1974, l'OTAN adopta une nouvelle doctrine relative aux armes nucléaires, biologiques et chimiques et, le 5 juin de cette année-là, un exercice fut mené à Petawawa, au cours duquel « 60 pertes ont été évacuées des positions avancées à travers la chaîne d'évacuation normale, dans des conditions chimiques simulées par l'usage d'un nouveau composé, qui avait les mêmes propriétés physiques qu'un agent innervant. L'essai était conçu de telle façon qu'il était possible de détecter, non seulement la quantité absorbée par les blessés eux-mêmes, mais également la quantité transférée au personnel médical qui les soigne ainsi qu'à d'autres blessés non attaqués par l'agent. Bien que la contamination fût très forte, on constata que les sources de la contamination avaient été identifiées et que les procédures des soins à apporter aux victimes pouvaient être corrigées[23]. » En 1980, le réper-

21. Col Marielle Gagné, Address to Nursing Sisters Association, 10 Jun 94, dans E. A. Landells, *ibid.*, p. 541.
22. ANC, RG 24, v 23,763, 1150-110/S77, Minutes of the Surgeon General's Advisory Committee on Medical Assistant Training, 26-27 Apr 77.
23. ANC, RG 24, v 21,832, FMC 1050-100/M1, pt 2, Defence Medical Association, Proceedings of the Annual Meeting, 7-8 November 1974, Appx 10.

toire s'étendit encore plus avec l'ajout de deux cours de réaction en cas d'accident nucléaire, l'un à destination des officiers et l'autre pour les autres grades. « Ces cours sont uniques du fait qu'ils sont conçus pour être menés simultanément avec des étudiants des deux cours participant ensemble à un exercice final[24]. »

C'est à l'École du Service médical des Forces canadiennes à Borden que les adjoints médicaux et les officiers recevaient l'essentiel de leur formation, soit 33 930 jours d'endoctrinement en 1980[25], des statistiques qui occultent la complexité administrative associée à cette formation. En 1981, les cours se répartissaient en dix au niveau TQ3 (pour devenir adjoint médical, dont deux cours pour les réservistes), six au niveau TQ5 (pour les caporaux), deux au niveau TQ6A (pour les sergents), un au niveau TQ6B (pour les adjudants), deux classes pour le cours de soins infirmiers-niveau élémentaire, un pour l'enseignement infirmier avancé, un autre pour la lutte antiparasitaire, trois pour les médecins en titre, neuf classes pour instructeurs en premiers soins, un pour la chirurgie, deux pour la formation de base des officiers, deux pour former plus généralement des médecins militaires, un pour endoctriner des officiers des services paramédicaux, un cours d'opérations en campagne-niveau de base, un cours d'opérations en campagne-niveau avancé, et un autre pour réaction à un accident nucléaire, comme mentionné plus haut[26].

On était bien occupé à l'école, et pas seulement à enseigner les programmes d'endoctrinement. En 1986, année où les jours de formation totalisèrent 34 804, elle a fourni des victimes simulées pour un exercice de défense de la base, ainsi qu'une aide significative à l'Ambulance Saint-Jean, y compris la fourniture de services de simulation (on maquillait les gens pour qu'ils ressemblent à des victimes) pour l'un des simulacres de catastrophe, à l'hôpital de York County et au Centre de soins infirmiers Green Acres. Des simulations furent également assurées pour le 16e Concours public en premiers soins de la province de l'Ontario et le *Simcoe-Parry Sound St. John Ambulance Corps Competition* (Les compétitions en premiers soins, tenues par le Corps Simcoe-Parry Sound du Conseil de l'Ontario de la Brigade de l'Ambulance Saint-Jean). Bien plus, l'école envoya un arbitre à un important exercice et s'occupa de la formation de son propre personnel, 29 officiers et 37 membres de l'équipe prenant divers cours, dont 22 visaient à améliorer leurs compétences d'instructeurs[27]. Le même schéma sera suivi pendant les années suivantes.

24. DHH 1326-2676, Pt 4, CFMSS Annual Historical Report, 23 Feb 81.
25. *Ibid.*
26. DHH 1326-2676, Pt 4, CFMSS Annual Historical Report, 23 Mar 82.
27. DHH 1326-2676, Pt 5, CFMSS Annual Historical Report, 9 Feb 87.

En 1989, il y eut un total de 34 668 jours de formation[28], auquel succédera cependant un très net recul. Comme le rapportera l'école elle-même pour son bilan d'activités de 1990, « l'incapacité anticipée de la base de soutien à satisfaire les exigences de logement pour la formation prévue a poussé l'école à réexaminer la formation d'un œil critique, dans le but d'identifier la partie inappropriée et redondante de cette formation. Conformément à des recommandations qui furent soumises puis approuvées, le temps de formation fut réduit d'un tiers pour le tiers des cours de la Force régulière donnés à l'ESMFC », ou École du Service médical des Forces canadiennes, qui avait pris la succession du Centre de formation du Service médical des Forces canadiennes. D'un autre côté, « des améliorations importantes ont été apportées à la mise en application du cours sur les aspects médicaux de base de l'intervention en cas d'urgence nucléaire — nucléaire, biologique et chimique et du cours sur les services médicaux de campagne — Niveau élémentaire. » Le total des jours de formation atteignait 30 895[29], reculant à 27 388 en 1991, et à 15 519 en 1992, pour remonter à 19 569 en 1993, avant de chuter de nouveau à 11 960 en 1994. Cette tendance ne semblait pas susciter trop d'angoisse, le lieutenant-colonel S. F. Cameron, commandant de l'école, relevant cependant que « cette unité a effectivement atteint les objectifs assignés en 1994[30] ». Peut-être qu'il y avait tout simplement moins de personnes à former, vu les coupes ailleurs dans les forces armées. Les responsabilités de l'école n'en diminuèrent pas pour autant — bien au contraire — et, en 1996, elle prit en charge des cours pour réservistes, qui étaient précédemment assurés par la Force mobile et son successeur, le Quartier général du Commandement de la Force terrestre[31].

Le domaine de l'école ne comprenait évidemment pas la formation clinique et l'expérience qui devaient être menées dans des hôpitaux. Comme nous l'avons vu, les exigences propres à une formation continue représentaient une des raisons pour lesquelles des hôpitaux militaires avaient été maintenus partout au pays. Toutefois, plusieurs de ces institutions ont fermé leurs portes, y compris le Centre médical de la Défense nationale, avec la disparition de l'Union soviétique en 1991 et les coupes budgétaires au MDN (en fait une autre vague de démobilisation similaire à celle du milieu des années 1940 et du début des années 1970). Ainsi, l'envoi de personnel militaire pour effectuer des travaux cliniques dans des hôpitaux civils devint l'unique option possible. Le

28. DHH 1326-2676, Pt 5, CFMSS Annual Historical Report, 6 Mar 90.
29. DHH 1326-2676, Pt 5, CFMSS Annual Historical Report, 19 Mar 91.
30. DHH 1326-2676, Pt 5, CFMSS Annual Historical Report, 27 Mar 92 ; 30 Mar 93 ; 17 Oct 94 ; 18 May 95.
31. DHH 1326-2676, Pt 5, CFMSS Annual Historical Report, 26 Mar 97.

premier essai eut lieu en septembre 1996, à Edmonton. Au mois de juin suivant, suffisamment de progrès avait déjà été réalisé pour signer un protocole d'entente qui « décrivait l'affectation du personnel de soins des FC dans des installations civiles pour les soins, dans le but de soutenir la compétence clinique. » Le personnel détaché du service de santé travaillait au Edmonton Garrison Clinic, au Sturgeon Community Hospital and Health Centre, au Royal Alexandra Hospital ou au the University of Alberta Hospital. À la fin de 1997, le détachement d'Edmonton (Detachment Edmonton), tel qu'il était connu, avait 68 membres des Forces canadiennes[32].

L'un d'eux était un chirurgien, qui « travaillait à la clinique de la garnison, où il traitait les militaires à raison de deux demi-journées/clinique et deux demi-journées/chirurgie mineure. Une fois chaque deux semaines, il passait deux jours à la 4e Escadre, à Cold Lake, examinant des militaires et des personnes à charge, effectuant des opérations de chirurgie mineure ou s'occupant de cas d'urgence. À un rythme bimensuel, il effectuait une endoscopie clinique [pour examiner l'intérieur du corps humain], et une fois par mois, il était en salle d'opération. À l'hôpital Sturgeon, il était de service en semaine et une fin de semaine par mois. Malgré cela, le chirurgien restait sous-employé », bien qu'il « fût déployé dans le cadre de l'Op *Palladium* [dans l'ex-Yougoslavie] pendant la période sous rapport ». Un autre médecin était un interniste, « qui faisait partie de la Division de la médecine interne générale à University of Alberta Hospital. Il participa à la rotation clinique, enseignant et conduisant des recherches. Chaque semaine, il avait une demi-journée de clinique à la Grn [Garnison] et une clinique mensuelle à la 4e Escadre, à Cold Lake. Deux fois par mois, il réalisait une endoscopie et une épreuve d'effort cardiaque à l'hôpital Sturgeon. On parvenait ainsi à bien maintenir la compétence. » Entre-temps, deux psychiatres « travaillaient à l'hôpital Sturgeon, voyant des patients militaires et civils. Leur clientèle est essentiellement militaire. Un des psychiatres se rend à la 4e Escadre, à Cold Lake, pour deux jours toutes les deux semaines. Ils œuvrent lentement à se constituer une bonne clientèle et préparent la mise en place d'un programme pour une équipe de santé mentale à l'hôpital Sturgeon[33]. »

Le reste du personnel du détachement comprenait un médecin militaire, qui travaillait à la clinique de la garnison où il s'occupait des soins ambulatoires, des accidents de sauts en parachute ou d'avion dans le cadre du 408e Escadron, et de toute autre situation d'urgence. Sept officiers de soins infirmiers faisaient aussi partie du programme, alors

32. DHH 1326-3572, CF Med Gp HQ Det Edmonton Annual Historical Report, 18 Mar 98.
33. *Ibid.*

que « les réactions reçues des chefs d'unité étaient excellentes. » Les autres membres de l'équipe de la salle d'opération étaient deux techniciens, qui « avaient entamé et complété les exigences nécessaires pour obtenir une qualification d'infirmier auxiliaire... Après avoir achevé le programme, ils ont travaillé dans la même institution que les infirmiers et/ou infirmières de la salle d'opération, circulant, nettoyant et aidant dans différentes opérations. Ainsi avait-on bien maintenu la compétence. Les chefs d'unité ont communiqué de très bonnes réactions. Deux autres tech de salle d'opération ont commencé leur cours d'inf. aux. aut. [infirmier auxiliaire autorisé] et devraient obtenir leur diplôme en mai 1998. » Six officiers de soins infirmiers travaillaient dans les soins intensifs, un au Royal Alexandra Hospital, dans la section des soins de Santé mentale, et trois dans les Soins généraux à l'hôpital Sturgeon. « Les chefs d'unités ont fait l'éloge du personnel militaire », trois autres officiers de soins infirmiers travaillant dans le domaine de la santé communautaire[34].

Ainsi, en dépit des coupes et des restrictions budgétaires, le Service médical des Forces canadiennes est parvenu à préserver une grande gamme de métiers. En plus du personnel dont il a été question plus haut, le détachement d'Edmonton avait un pharmacien, qui « fut affecté à la fin de septembre 1997. Il a mis au point un programme pour le maintien de la compétence pour tous les pharmaciens régionaux. De surcroît, il est employé en tant que pharmacien consultant au RAHICU » (acronyme anglais du Royal Alexandra Hospital Intensive Care Unit ou Unité des soins intensifs du Royal Alexandra Hospital) . « L'autre pharmacien couvre une pharmacie de la clinique de la garnison (Grn Clinic). Elle commencera le cours de base de l'officier d'administration en janvier 1998. » En outre, six adjoints médicaux, soldats et caporaux, « ont commencé et complété les exigences pour obtenir les qualifications d'infirmiers auxiliaires... Depuis lors, ils (ou elles) travaillent à l'hôpital Sturgeon, en rotation dans les unités de médecine, pédiatrie, chirurgie, d'obstétrique et à la section des urgences. Ils ont également travaillé à la Grn Clinic en tant qu'adjoints médicaux. » Par la suite, six autres ont commencé le même programme, tandis qu'un technicien de laboratoire, un technicien de radiologie, un autre en médecine préventive et un technicien spécialiste, complétaient l'équipe[35].

La formation que les adjoints médicaux pouvaient recevoir était handicapée par le fait que, pour certains métiers, on n'avait qu'une seule personne disponible, les adjoints ne pouvant être détachés de la clinique de la garnison pour acquérir de l'expérience dans l'un des hôpitaux

34. *Ibid.*
35. *Ibid.*

civils. Mais, à d'autres égards, le programme paraissait avoir atteint ses objectifs. « Lors des derniers huit mois de l'essai, l'intégration des fournisseurs de soins de santé militaire dans trois sites différents a été couronnée de succès pour les officiers de soins infirmiers et les adjoints médicaux qualifiés comme infirmiers auxiliaires… Tous les chefs d'unité ont une excellente opinion de l'équipe militaire et lui rendent hommage. Les membres de notre équipe ont les mêmes aptitudes que leurs homologues civils. Jusqu'à ce jour, aucune plainte n'a été présentée par les syndicats locaux », qui probablement s'inquiétaient des conséquences que pourrait avoir le personnel peu coûteux des forces armées sur les taux de salaire. Il reste que « les officiers de soins infirmiers étaient très satisfaits de l'expérience acquise dans les institutions civiles », bien que les auxiliaires médicaux (qui avaient pris la succession des adjoints médicaux) disposant des qualifications d'infirmier auxiliaire aient trouvé que la nature de leurs tâches était extrêmement limitée par la législation provinciale[36].

Si pour certains membres du SMFC suivre un stage signifiait qu'il fallait travailler à l'hôpital, pour d'autres il voulait dire qu'il fallait abandonner le confort du chez soi — tout relatif, quand même, car ils résidaient dans les bases des forces armées — pour exercer leur métier dans le champ. Étant donné que l'on continuait à mettre l'accent sur le maintien de la souveraineté du Canada dans le nord, ils devaient effectuer une partie de leur travail en hiver, ce qui posait des défis bien particuliers. Il est un exemple assez typique de cet état de choses, à savoir l'exercice *Response Spéciale*, vers la fin de l'année 1981. Le soutien sanitaire de cet effort, qui impliquait la Force d'opérations spéciales, relevait de la responsabilité de la 2e Ambulance de campagne, basée à Petawawa, à l'instar du reste de la Brigade. Comme pour imiter les conditions exactes de ce qui pourrait arriver en temps de guerre, les manœuvres démarrèrent avec difficulté lorsque l'on découvrit que le site initial du poste sanitaire de brigade était occupé par du bétail — une alternative lui fut rapidement trouvée. La neige fut déblayée avec l'aide du personnel logistique, le 2e Peloton de police militaire et le 2e régiment du Génie. « La 2e Ambulance de campagne fut chargée d'assurer une couverture médicale hors exercice [vraie plutôt que simulée] tout au long de l'exercice, ainsi qu'un peloton d'évacuation (minus) pour le parachutage, puis entreprendre une évacuation simulée de victimes. En plus, nous avions des adjoints médicaux attachés aux 2e Bn Svc, 427e Esc, FOS Trans, 2e RCHA et 2e RGC », cette série tirée du jargon militaire signifiant le 2e Bataillon des services, le 427e Escadron, les Transmissions de la Force d'opérations spéciales, le 2e Royal Canadian Horse Artillery, et le 2e régi-

36. *Ibid.*

ment de Génie du Canada. Disponibles mais non utilisées étaient les installations d'évacuation aéromédicale[37].

L'une des leçons importantes était que « la formation d'endoctrinement de base en hiver s'imposait pour tous les participants à l'exercice. Quelques accidents dus au froid se sont produits lorsque les troupes engagées n'avaient reçu que peu ou pas du tout d'entrainement d'hiver. » En fait, sous le titre « Médical », le lieutenant-colonel C. A. Lambert, commandant de l'unité, nota que « les engelures étaient le principal problème médical au cours de cet exercice. Elles auraient pu être considérablement réduites en apprenant au personnel les moyens de se prémunir contre les engelures et une supervision par les chefs de section, afin de s'assurer que les précautions nécessaires étaient prises pour les empêcher. » Il reste que, plutôt que de pontifier, le commandant choisit de mener une enquête, et il « interrogea systématiquement tous les cas atteints d'engelures, réels et/ou suspects, qui furent évacués à Petawawa entre le 17 et le 20 janvier 1982, dans une tentative d'identifier un facteur causal commun. Sans résultat. La sensibilité individuelle semble être l'unique facteur que l'on retrouve partout, à la différence d'autres facteurs activement recherchés (niveau d'entrainement, d'expérience, forme physique, erreurs de leadership, défaillance/mauvais fonctionnement de l'équipement, respect des procédures ayant fait leur preuve, épuisement, stupidité (un cas) et d'autres... Si, comme cela est probable, il devait s'avérer que la sensibilité individuelle est bien le facteur causal dominant des engelures (après dix ou vingt ans d'études si besoin est !), "l'approche du maillon le plus faible" sera la mesure de prévention la plus efficace. En d'autres termes, la capacité d'un groupe s'établira selon celle de son membre le plus faible. Des choix devront être faits, soit que tous font cinq milles ou que la moitié en fait dix[38] ! »

Pour le système dans son ensemble, d'autres leçons étaient peut-être plus faciles à absorber, telles que « le besoin d'avoir des pharmacies portatives chauffées pour stocker ce qui peut geler », mais les principales leçons de l'exercice, à part la question clinique de l'engelure, étaient d'ordre opérationnel. Un petit groupe, sous un sergent adjoint médical, se déploya dans la région d'Earlton le 15 janvier, où elle fonctionna jusqu'au 22. Il s'établit sous une tente chauffée et traita 55 victimes. « Vingt et un de ces cas ont repris le service après des séjours plus ou moins longs à la SMA », ou Station médicale avancée. « Trente-quatre patients furent évacués à Petawawa ; un diagnostic provisoire de différents niveaux d'engelure fut établi pour 16 des cas évacués. » Pour mener l'évacuation, la SMA disposait de trois ambulances, et « le plan

37. ANC, RG 24, v 22,865, 3350-RS Pt 82-01, Lt-Col C. A. Lambert, CO, Post Ex Report, nd.
38. *Ibid.*

d'urgence suivant fut mis en application avec succès, malgré les distances, le nombre considérable de cas nécessitant l'évacuation et les pannes de véhicules. La SMA avertissait la 2e Ambulance de campagne chaque fois qu'une ambulance était envoyée d'Earlton. L'équipage d'une ambulance (véhicule, conducteur et adjoint médical) partait immédiatement de Petawawa à Earlton (SMA). Sachant que le trajet Earlton-Petawawa prenait environ six heures (aller simple), le système décrit ci-dessus garantissait la disponibilité permanente des ambulances à la SMA, tout en donnant la latitude à l'équipage de se reposer et, par conséquent, de renforcer la sécurité de la conduite automobile[39]. »

Les autres leçons tirées de la Station médicale avancée étaient le mélange habituel de choses qui marchent et d'autres qui ne marchent pas. Parmi les premières, on relèvera le Groupe administratif arrière à l'aéroport d'Earlton qui, pour ne donner qu'un seul exemple, parvint à assurer du carburant pour des appareils de chauffage Herman Nelson à court préavis, tout en prenant simultanément des mesures pour préparer un immeuble chauffé au cas où les appareils tomberaient en panne. Dans la colonne « Nécessite plus de travail », on avait le titre « Acheminement des patients », où « un petit nombre de cas, qui se sont avérés n'être ni "sérieux" ni véritablement des cas "d'urgence", ont été conduits directement à l'hôpital Englehard par le personnel non médical, sans avoir été vu par le personnel médical du service. Une telle pratique revient très cher et est inacceptable pour plus d'une raison. L'effort nécessaire doit être déployé à tous les niveaux de l'autorité, y compris celui de la section et des chefs d'équipe, pour acheminer les cas autres que ceux manifestement urgents par les installations médicales militaires, même s'il est possible que ces installations s'avèrent être aussi spartiates qu'un unique adjoint médical disposant de ressources très limitées[40]. » Après tout, cela faisait partie de leur formation.

Le poste médical du Groupe-Brigade, qui fut mis en place le 22 janvier et opérait également sous une tente chauffée, venait ensuite dans la chaîne d'évacuation. Jusqu'au 25, il traita 29 victimes, dont l'une nécessitait évacuation. Un changement de procédure fut quand même mis à l'ordre du jour. « Jusqu'au 21 janvier 1982, la politique de retenue et d'évacuation de la SMA, conformément aux instructions du commandant de la 2e Ambulance de campagne, consistait à évacuer hors du champ, et de préférence à l'hôpital de la base de Petawawa, tous les patients qui ne pouvaient être retournés à leurs unités dans un état qui leur permettrait éventuellement de prendre part à un combat. On estimait que les soldats inaptes au combat représenteraient un handicap à

39. *Ibid.*
40. *Ibid.*

nul autre pareil dans les conditions d'entrainement extrêmement dures. » Puis, « le soir du 21 janvier, il fut demandé au commandant de la 2e Ambulance de campagne d'envisager sérieusement de garder dans la région de l'exercice ceux des patients qui, bien qu'inaptes au combat, pourraient rester dans le champ sans risque pour leur santé, quoiqu'en service réduit ou simplement exempts de service. » Ainsi, « à partir du 22 janvier, la politique de rétention/évacuation devint telle que toute personne qui était en mesure de rester sous une tente arctique chauffée, ne faisant rien du tout ou presque, sans que cela ait un effet néfaste sur sa santé, pouvait être retournée à son unité plutôt que d'être évacuée hors de la région de l'exercice ». Certaines unités acceptèrent cette politique sans protester, mais d'autres « n'étaient pas du tout contentes... », réticentes à l'idée de « faire la garde d'enfants ». De la sorte, « en somme, à partir du 22 janvier, la politique de rétention/évacuation ne posait plus de problème pour ce qui est des cas nécessitant une évacuation du champ ou un suivi médical, qui pouvait être convenablement assuré par le PSB », ou poste de secours de la brigade. « Au cours d'un exercice plus étalé dans le temps, un important problème aurait pu apparaitre concernant ceux qui n'auraient PAS besoin d'un suivi médical, ceux qui n'auraient PAS été aptes au combat et qui ne seraient PAS les bienvenus dans leur unité en service réduit ou exempts de service, ce qui équivaut à "Restez dans votre tente et ne faites rien". Un centre de convalescence, qu'on appelle parfois une "garderie", est peut-être nécessaire[41]. »

Quelques années plus tard, la 1re Ambulance de campagne était engagée dans un exercice similaire appelé *Rapier Thrust*, au cours duquel l'entrainement du peloton, de la compagnie et de l'unité visait à rafraichir les mémoires sur les principes même du soutien médical dans le champ. On se lança ensuite dans un exercice appelé « Bring 'Em Back Alive » (Ramenez-les vivants), pendant lequel on s'entraina à l'évacuation des patients dans une situation d'intensité élevée. Il fut suivi par l'exercice *Frosty Warrior*. Il s'avéra être plutôt décevant pour l'ambulance de combat, treize victimes simulées seulement ayant été évacuées, tandis que quelques vraies victimes étaient conduites directement dans des installations à l'arrière, contournant complètement la chaine d'évacuation. Le problème avec la dernière approche était qu'elle épuisait les ressources limitées des unités, singulièrement les véhicules et les conducteurs. Selon un rapport établi après l'exercice, de tels patients auraient dû soit être amenés « à la sous-unité médicale la plus proche de la ligne d'appoint », qui est, disons, la 1re Ambulance de campagne, ou alors les personnes en charge auraient dû faire appel à « une aide d'appoint ». Il y avait une question plus profonde à l'œuvre ici, la 1re Ambulance de

41 *Ibid.*

campagne indiquant que pour certaines unités, comme le 1er Bataillon des services et le 1er Régiment de Génie du Canada, les éléments médicaux de première ligne, autrement dit les membres entraînés du SMFC opérant en tant que partie intégrale de l'unité, manquaient. Le commandant de la section médicale régimentaire affirmera, quelques décennies plus tard, qu'il était, en fait, le seul membre de la section avec le grade de caporal-chef. Apporter un soutien, dans ces conditions, à plus de 350 sapeurs, représentait un défi constant, parce qu'il « n'avait pas de chauffeur d'ambulance et qu'il trouvait en quelque sorte difficile de conduire un véhicule de 5/4 [tonnes] tout en prenant soin des victimes[42] ! » Cet état de choses exerça une très grande tension sur les ressources d'appoint, celles de l'Ambulance de campagne elle-même[43].

De toute évidence, on devait réapprendre certaines leçons chaque fois qu'une formation devait opérer dans des conditions hivernales. « Il ressort d'une analyse en profondeur des statistiques médicales que tous les commandants ne constatent pas le sérieux et les conséquences possibles d'une engelure primaire. Alors que nos soldats sont bien entraînés et capables d'accomplir la plupart des tâches sans être blessés, leur sensibilité aux blessures en rapport avec le climat augmente proportionnellement à leur état de fatigue, à leur déshydratation et à leur alimentation. À tous les niveaux, on doit continuellement rappeler aux superviseurs d'être particulièrement attentifs à la sécurité de leurs troupes. » Les autres difficultés relevaient de la routine, tels les appareils de chauffage Herman Nelson qui, « encore une fois, étaient en tête de liste des problèmes », essentiellement à cause de leur ancienneté. Tel aussi « le manque total de véhicules tous-terrains », pour évacuer les victimes, qu'on espérait pouvoir régler avec la mise en circulation du Grizzly, un transport de troupes blindé à six roues quasiment tout-terrain. En tout, 411 patients étaient passés par l'Ambulance de campagne, 28 d'entre eux par le poste médical du Groupe-Brigade, alors que trois patients étaient évacués de la région[44].

Les exercices d'hiver n'ont pas perdu de leur importance au cours des années suivantes. Au début de 1989, la 2e Ambulance de campagne conduisit *Starlight Mukluk*, qui « confirma les précieuses connaissances et aptitudes nécessaires pour une survie par très grands froids ». Parmi les problèmes abordés figuraient « l'équipement et l'habillement personnels », « la routine du bivouac et de la tente », « la raquette et le ski », « la discipline de la navigation et celle de la marche », « les collets de lapins », « la nutrition et la préparation alimentaire », « l'importance de

42. Adjudant-chef M. McBride à Bill Rawling, 18 fév 03.
43. DHH, Annual Historical Reports, 2103, Post Exercise Report – Rapier Thrust 84, 20 Feb 84.
44. *Ibid.*

Exercice d'hiver (évidemment), 1976. CIIFC, IE 76-7-22

garder un moral élevé », « l'importance d'être physiquement en forme », et « le traitement des malades et des blessés dans des conditions de froid extrême », soit le mélange habituel de thèmes médicaux, de survie et de logistique[45]. L'année suivante, du 10 au 24 mars 1990, on refit le même exercice, sous forme de programme de mise à jour préludant à *Svelte Nordic*, « un exercice de souveraineté canadienne ». Sans nul doute, il était ardu, la « 2e Ambulance de campagne se déployant cinq kilomètres à pied de Resolute à une place portant le nom ironique de Crystal City (tout simplement une vallée entre deux crêtes), et mena la plus grande partie de l'entraînement de survie à partir de cet emplacement[46] ».

D'autres exercices ont été, bien sûr, organisés pendant les autres saisons, les engelures et les complications respiratoires ne constituant pas les seules menaces à la vie. C'est ainsi qu'au cours de l'automne 1984, par exemple, les praticiens médicaux à Petawawa organisèrent *Trial Chace II*, qui comprenait des membres d'un poste sanitaire d'unité, d'une ambulance de campagne et du 1er Hôpital de campagne léger canadien. La majorité du personnel venait de la Force d'opérations spéciales, dont le quartier général se trouvait sur cette base, mais des renforts de la 1re et de la 5e Ambulance de campagne y ont également pris part. « L'entraînement de l'ambulance de campagne d'essai commença 13 jours avant le début de l'essai réel. Pendant cette période, l'unité se déploya, tandis qu'était mené l'entraînement individuel et unitaire et que se déroulait l'instruction sur l'utilisation de la partie spécialisée de l'équipement. Cet entraînement, qui eut lieu sans aucune aide d'organismes extérieurs, fut gêné par l'arrivée tardive de certains équipements spécialisés. » Pourtant, les participants ont persévéré dans leur tâche, l'objectif de cet exercice étant justement de mettre à l'essai

45. DHH, Annual Historical Reports, 2104, For Year 1989.
46. DHH, Annual Historical Reports, 2104, For Year 1990.

les procédures de traitement des victimes dans un environnement de guerre chimique. Pendant les deux premiers jours, on utilisa un seul simulant chimique pour activer un détecteur d'agent chimique, ou DAC, afin de faire vrai sans utiliser des matières dangereuses. Des opérations continues, au cours desquelles furent traitées quelque 400 victimes de l'exercice, se succédèrent au cours des trois jours suivants[47].

Plutôt que d'avoir recours à la méthode de barrière, où tout le personnel portait des masques et des vêtements de protection contre les agents chimiques, on a mis au point une sorte de forteresse anti-gaz en fermant hermétiquement les tentes. Il en résulta un régime de traitement en trois phases, la première étant effectuée à l'extérieur, où pourraient se trouver des produits chimiques liquides, la seconde menée dans une zone exempte d'agent chimique liquide mais où les produits chimiques gazeux pourraient constituer un danger, et la troisième une zone non contaminée par toxiques à l'intérieur d'un « dispositif de protection collectif ». Le rapport « préliminaire » établi à la suite de l'exercice avait plusieurs pouces d'épaisseur, une indication sur les leçons apprises pendant les manœuvres, allant du « personnel qui a dormi dans des couvertures contaminées » à la nécessité d'un éclairage plus efficace dans la salle d'opération. La plus importante des leçons, sans doute, avait trait à la charge de travail et à la fatigue. En effet, « les patients de priorité 3 et 4 étaient de plus en plus négligés au fur et à mesure que se fatiguaient les adjoints médicaux ». Une autre leçon concernait le personnel non médical de l'infanterie et des autres unités, où « des brancardiers doivent être envoyés au poste sanitaire d'unité (PSU) », le PSU étant le successeur du Poste de secours régimentaire, « avec le souci d'optimiser l'endurance physique et la résistance cognitive du médecin militaire d'unité et des adjoints médicaux. En plus de leurs tâches habituelles, les brancardiers du PSU pourront être chargés de détecter les contaminations, de la surveillance et du contrôle et de maintenir les mesures de protection chimique et de l'équipement y étant relié[48]. » C'est seulement avec l'aide des autres que les praticiens médicaux pouvaient être efficaces.

Les exercices dans le champ étaient variés, en genre et en durée. Ainsi, en 1991, la 2e Ambulance de campagne prit part à sept grandes manœuvres en tout, dont le perpétuel *Starlight Mukluk*. De son côté, « *Exercise Proud Flag '91* comportait deux phases conçues pour exercer la Brigade de la Force d'opérations spéciales à la défense du Canada. La première phase (11-15 février) était un exercice dirigé, prélude de la deuxième

47. ANC, RG 24, Acc 97-98/350, boîte 4, 3472-14, Trial Chace II Preliminary Report, 21 Jan 85, 5.
48. ANC, RG 24, Acc 97-98/350, boîte 4, 3472-14, Trial Chace II Preliminary Report, 21 Jan 85, E2, K4.

phase, un Exercice de poste de commandement ETST (29 avril-2 mai 1991) », ou Exercice tactique sans troupes. L'ensemble de ce qui précède préparait *Thunderbolt '91*, lui-même « un exercice d'entraînement pour les opérations de défense du Canada ». Au cours de cet exercice, « la 2e Ambulance de campagne se déploya au secteur d'entraînement de la BFC Petawawa en soutien au 1er groupement tactique RCR et au groupement tactique RCD. À la différence de l'exercice *Proud Flag*, la totalité des effectifs de la 2e Ambulance de campagne, moins ceux de l'hôpital de la base, a été déployée entre le 10 et le 31 mai sur l'aire d'entraînement dans des conditions rudimentaires. » Vint ensuite la concentration du secteur central, du 8 au 29 août, lorsque la Force régulière, ainsi que les éléments de la réserve, se sont entraînés à Petawawa, suivis par une concentration d'automne. Cette dernière fut centrée sur les aptitudes individuelles, dans des domaines tels que la défense nucléaire, biologique, et chimique, la conduite des véhicules, les premiers soins et la manipulation des armes. L'exercice suivant, *Running Deer*, un exercice sur porte-carte, devait permettre aux officiers subalternes de pratiquer les tactiques de combat d'équipe[49].

Basic Field, qui lui succéda, était « le soutien que la 2e Ambulance de campagne apportait à l'École du Service médical des Forces Canadiennes (ESMFC). Un cours sur les opérations en campagne pour les officiers du service médical fut conduit par l'ESMFC du 23 octobre au 20 novembre. La 2e Ambulance de campagne fut chargée de fournir des véhicules de peloton d'évacuation, de l'équipement et des conducteurs ainsi que des ambulances, pour l'exercice d'entraînement en campagne (XEC), qui se tient pendant la dernière semaine du cours. L'objectif était que la 2e Ambulance de campagne assure tout l'équipement nécessaire, y compris un personnel de soutien réduit, et permette aux officiers du cours d'utiliser ces ressources dans les domaines suivants : évacuation, déploiement, montage et démontage ; mouvement des victimes ; etc.[50]. »

D'autres exercices plus spécialisés furent organisés. Tel était le cas de *Starlight Flight*, « un exercice de familiarisation aéromédicale » au cours duquel « le personnel de la 2e Ambulance de campagne reçut une formation sur les aspects médicaux de l'évacuation aérienne pendant les vols des CC-130 [les avions-cargos Hercules] entre Trenton et Edmonton ». Lors d'un autre exercice, « le personnel de l'unité s'entraîna à procurer un soutien médical à l'occasion d'une catastrophe aérienne dans le nord du Canada[51] ».

49. DHH, Annual Historical Reports, 2104, For Year 1991.
50. DHH, Annual Historical Reports, 2104, For Year 1990.
51. DHH, Annual Historical Reports, 2104, For Year 1993.

Parmi les manœuvres qui posaient le plus de défis au cours de cette période figuraient celles qui prévoyaient la participation des unités de réserve, dont la nature d'organisation à temps partiel rendait souvent difficile la participation à des manœuvres à grande échelle. L'exercice *On Guard*, présenté comme une répétition « Force Totale », autrement dit un mélange de Force régulière et de Réserve primaire, ne fit pas exception à la règle. Il se déroula avec la participation de la 23e Compagnie médicale de Hamilton, la 25e Compagnie médicale de Toronto, The Ottawa Militia District Medical Platoon (le peloton médical de la milice du district d'Ottawa) et la 2e Ambulance de campagne, qui se sont déployés sur l'aire d'entraînement de Petawawa. « Principaux objectifs : mettre en pratique les connaissances en opérations de campagne, et apprendre les bons exercices d'évacuation, ainsi que la mise au point de traitements dans le contexte d'une structure de Force Totale[52]. »

Le rapport que le lieutenant-colonel R. C. Hesler, officier commandant de la 23e Compagnie médicale, rédigea par la suite est l'un des meilleurs exemples des essais, tribulations, et victoires occasionnelles auxquelles les unités de la réserve eurent à faire face en essayant de suivre l'entraînement. Une réunion initiale tenue en décembre 1989 n'avait pas d'ordre du jour, bien qu'il valait la peine de savoir simplement « que la volonté de coopérer de l'équipe de la 2e Ambulance de campagne est évidente… ». Plus tard, toutefois, « il a été difficile de recevoir des réponses de la chaîne de responsabilité médicale, malgré les demandes répétées, concernant… mon domaine… mon autorité ; et… mes responsabilités… À la fin, j'ai pris le "taureau par les cornes" et j'ai laissé au médecin-chef du Secteur la responsabilité de trouver des médecins militaires, tandis que je m'occupais de la planification, de l'organisation et des négociations relatives à l'exercice même[53]. »

Apparemment, une certaine confusion régnait au quartier général du Secteur central de la Milice (ou SCM) « sur le point de savoir quelle personne allait se trouver à quel endroit, moi en particulier. Beaucoup d'efforts ont dû être déployés pour déterminer l'attribution des missions. » Ajoutons à cela « qu'il était difficile d'identifier la chaîne d'évacuation hors service et que des indications initiales faisaient ressortir un manque d'équipements DNBC. Cela devait se régler de lui-même par la suite. » S'en prenant à une partie du processus, il ajouta « avoir trouvé que la réunion d'Ottawa en février 1990 était décevante, pour le dire gentiment ». Il lui apparut, ajoutait-il, « que les services médicaux étaient un rajout de dernière minute, très peu d'intérêt y ayant été attaché. En

52. DHH, Annual Historical Reports, 2104, For Year 1990.
53. ANC, RG 24, v.22,863, 3350-OG, Pt 90.01, LCol R.C. Hesler, CO 23 Med Coy, to OMD HQ, 15 Aug 90.

bref, c'était une perte de temps, du temps de mon sergent-major, et de l'argent des contribuables. En tant qu'ex-officier des armes de combat et Commandant, il s'agissait là d'un élément révélateur sur la parité du SMFC, une composante vitale et nécessaire des FC, qui ne semblait pas être du tout un "pair". » De plus, « les réactions aux demandes de la 25e Compagnie médicale (Toronto) et du peloton médical de la Milice du district d'Ottawa étaient lentes. Dans le cas de l'officier commandant du peloton médical de la Milice du district d'Ottawa, il ignora les directives sur les rapports et les retours », et choisit de donner l'information demandée uniquement quand le médecin-chef du Secteur insista. « Il en résulta des pertes de temps et d'efforts tout en suscitant chez moi quelque préoccupation concernant les motivations[54]. »

Le rapport avait cependant un aspect parallèle, cette fois-ci positif. « En revanche, la coordination et les communications avec la 2e Ambulance de campagne étaient excellentes. En particulier, les relations entre le cmdt A (commandant adjoint), le Major J. McKie, et le O Ops [officier des opérations], le lieutenant de marine Holden étaient très positives. » Par exemple, « on a eu à faire face à quelques problèmes au sein de mon district lorsque, sans consultation, on n'a pas donné suite à notre demande de masques à gaz, parce que quelqu'un a simplement décidé qu'on n'en avait pas besoin. La 2e Ambulance de campagne vint à la rescousse comme elle le fit dans d'autres domaines, en procurant l'équipement DNBC à notre arrivée. » Également, sur le côté positif, « les unités ont été informées en avril du contenu de l'entraînement ; quelles affaires amener et quelles autres il fallait commander en préparation à l'exercice. » Et pourtant restaient les frustrations qui apparaissent habituellement en essayant d'endoctriner les réservistes. « La 23e (Hamilton) Compagnie médicale et la 25e (Toronto) Compagnie médicale se sont entraînées ensemble pendant deux fins de semaine en mai 1990. Cela me donna une idée du niveau de l'entraînement. Comme d'habitude, ceux qui sont venus une fin de semaine ne sont pas venus au cours de la fin de semaine suivante, dans nombre de cas, limitant de la sorte la capacité de la deuxième fin de semaine d'entraînement (*Exercise Springfire I & II*) de capitaliser l'une sur l'autre. Cela est devenu un facteur lors de la période d'exercices réels du 30 juin - 15 juillet 1990[55]. »

Parmi les points saillants de l'exercice, selon le colonel Hesler, étaient « le professionnalisme de toutes les personnes concernées pour ce qui est de l'intégration et de l'opération de l'unité mixte », « la coopération des éléments clés de la 2e Ambulance de campagne », « l'entraînement sur hélicoptère, y compris un exercice d'évacuation aérienne. Il serait

54. *Ibid.*
55. *Ibid.*

intéressant de noter que bon nombre de membres du personnel de la 2e Ambulance de campagne n'avaient pas fait ce genre de manœuvres et d'autres exercices d'entraînement que nous avons suivis », « que dans certains domaines, nous avions des aptitudes similaires et dépassant celles de nos homologues de la Force régulière », et l'entraînement en défense nucléaire, biologique et chimique qui a été très bien fait, et « était prolongé pour le temps que nous avions ». Ainsi donc, il y avait certains aspects valables à cette expérience qui avait été généralement perçue comme étant plutôt frustrante.

À partir de 1981, les exercices les plus importants au Canada portaient le nom de « Rendez-Vous », au niveau de la brigade, voire de la division. Ils avaient lieu chaque deux ans ou presque. Au cours du deuxième exercice, qui se tint donc en 1983 (RV 83), certaines leçons pouvaient s'avérer familières pour les praticiens ayant pris part à des manœuvres telles que *Starlight Mukluk*. Par exemple, conformément aux instructions permanentes d'opération, le personnel exerçant seulement un service réduit serait ramené à son unité ou renvoyé à son secteur d'attache. Cependant, « au début de l'exercice, les unités ayant des membres astreints à un emploi avec restrictions, dont beaucoup participaient à RV 83 avec des restrictions, se trouvaient toujours dans les unités. Au moment où les manœuvres ont commencé, les unités ont essayé d'engager les membres inaptes de leur personnel dans le système médical... Les unités doivent garder la responsabilité de leurs membres inaptes ou un organisme divisionnaire d'attente/de rétention devrait être formé pour s'en occuper[56]. »

En règle générale, la norme des soins apportés à ces patients était élevée, pour ceux de la revue des malades aussi bien que pour les patients admis à l'hôpital, et ce en dépit de l'état de l'équipement. « Le chauffage de l'hôpital requiert une mention particulière, du fait que les appareils de chauffage Herman Nelson sont non seulement inappropriés mais constituent un véritable danger. Ils n'ont pas été conçus pour être utilisés comme nous le faisons, pendant de très nombreuses heures. Ils ont besoin d'un entretien permanent, et dégagent parfois des fumées certainement nocives dans l'hôpital. Ils sont bruyants, et l'auscultation du patient en devient difficile. Ils devraient être retirés de la circulation et remplacés. » Dans le même ordre d'idées, au sujet des médicaments, « les unités n'ont pas apporté des provisions de 30 jours d'équipement médical. Leurs demandes ont soumis le système médical à une certaine tension. L'unité médicale et les équipes administratives doivent entreprendre une planification appropriée et avant l'heure, pour régler ce

56. DHH, Annual Historical Reports, 2103, RV 83 Div Med Coy Post Exercise Report, 13 Jul 84 (possibly 83).

problème. Toutes les unités doivent s'assurer qu'elles disposent de trente jours de provisions d'équipement médical au moment de leur déploiement[57]. »

Bien que donnant peut-être une certaine dimension réaliste à l'exercice, le mouvement, lui aussi, constituait un problème. Les conditions générales étaient dures, à tel point qu'elles retardaient les inspections de médecine préventive, et même les ambulances devaient parfois prendre des itinéraires plus lents à cause de la fermeture des artères principales. D'un autre côté, « l'Esc 408 assura un service d'ambulance aérienne extrêmement efficace ». Malheureusement, à cause de la topographie, l'hélicoptère et la compagnie médicale de la division ne pouvaient être installés au même endroit. « Cela aurait pu être la situation idéale » l'équipage de l'ambulance et le personnel médical pouvant alors être pris de ce même endroit. « Avec la co-implantation de ces ressources, les problèmes de coordination, qui découlaient parfois des communications intermittentes, seraient réduits... Les demandes casevac (évacuation des blessés) étaient efficaces en règle générale. De temps en temps, l'hélicoptère était utilisé alors que l'ambulance aurait été suffisante, mais cela dépend toujours de l'opinion de la personne qui commence à traiter le blessé. Quoi qu'il en soit, l'hélicoptère a toujours satisfait les demandes, comme il se doit[58]. »

Chaque RV était plus qu'une litanie de leçons réapprises, et ces exercices permirent effectivement le développement de certaines aptitudes. RV 85, par exemple, fournit un excellent exemple de la chaîne d'évacuation telle qu'elle était conçue au cours des dernières vingt-cinq années du XX^{e} siècle. Cet exercice fut mené à Wainright, dans la province de l'Alberta, où le soutien de première et de seconde ligne était assuré par les effectifs médicaux propres de l'unité et par les Ambulances de campagne, respectivement. Pour le soutien de troisième ligne, on pouvait s'adresser à une Compagnie médicale formée pour l'exercice RV, ou à un hôpital de campagne (duquel il sera question en détail plus loin). Le soutien de quatrième ligne se trouvait au Centre médical de la Défense nationale à Ottawa et dans les principales installations médicales civiles à Edmonton et Calgary[59].

Il n'en demeure pas moins qu'il y avait toujours des « leçons apprises ». L'une d'elles soulignait les difficultés d'avoir des réservistes, sachant qu'ils étaient souvent incapables de quitter leur emploi dans le civil. « Jusqu'à ce qu'interviennent des développements importants (au niveau législatif) pour rehausser la disponibilité de la Force de réserve

57. *Ibid.*
58. *Ibid.*
59. ANC, RG 24, v.22,866, 3350-RV85, Pt 84-01, Col R.-M. Belanger, for Comd Surg, to Distribution, 19 Mar 86.

par rapport à l'emploi dans la vie civile, l'incompatibilité évidente des soldats/employés civils à temps partiel continuera à limiter leur développement et leur implication dans la milice médicale. » La situation de la Force régulière, elle aussi, pourrait être améliorée. Il est crucial d'entreprendre des initiatives constructives dans notre entraînement pour la formation d'un officier de la branche des services médicaux de compétence universelle. Il est nécessaire de mettre de plus en plus l'accent sur des domaines tels que les procédures d'état-major, les opérations en campagne et l'emploi dans les postes de commandement ou les quartiers généraux. » Le fait était que « le SMFC souffre présentement d'un grand manque d'officiers d'état-major entraînés. Il serait souhaitable que nos officiers, notamment les médecins militaires, soient encouragés à aller au CCEMFTC », le Collège de commandement et d'état-major des forces terrestres du Canada. Là, ils pourraient apprendre comment l'Armée, la Marine et l'Aviation opèrent à des niveaux différents et dans des circonstances bien variées. Mais, pour le moment, « il y a seulement deux médecins militaires, tous deux lieutenants-colonels, diplômés de cet excellent cours qui s'adresse aux capitaines et aux majors de la Force terrestre[60] ».

Dans le même temps, « il faudrait exercer des pressions sur les commandants des armes et de soutien au combat à tous les niveaux pour devenir davantage autosuffisants pour ce qui est du soutien médical dans le champ, en ayant toujours à leur disposition les effectifs d'une unité médicale appropriée... ». L'infanterie et les autres unités, comme nous l'avons vu, devaient en effet compter, dans une certaine mesure, sur leur propre soutien médical intégral. De plus, « on devrait encourager la participation des officiers de la branche des services médicaux d'autres commandements », tels le Commandement aérien et le Commandement maritime, « à l'entraînement et aux opérations du FMC, afin qu'ils aient moins besoin d'endoctrinement lorsqu'ils seront affectés à la Force terrestre à l'avenir[61] ». Le lecteur se rappellera que la FMC (ou Force mobile) avait pris la succession de l'Armée au Canada lors de l'unification de 1968.

Lors de la série suivante des manœuvres, RV 87, une des intéressantes leçons apprises fut que l'entraînement pouvait, ironiquement, interférer avec des exercices à grande échelle. Une unité, la 2e Ambulance de campagne, affirma qu'une partie du programme de cours, *Starlight Serenade*, « avait montré un manque de profondeur dans les techniques de campagne et l'expérience au sein de l'unité. Cette inexpérience s'explique d'abord par la participation de la 2e Ambulance de campagne

60. *Ibid.*
61. *Ibid.*

à *Ex Bravelion* (août/octobre 1986), qui a privé l'unité de son *Fallcon* [exercice d'automne] au cours duquel se déroule l'instruction individuelle appliquée. Le manque d'expérience se transposa sur les aptitudes de conduite de véhicules. Ainsi, plusieurs conducteurs avaient tendance à trop se rapprocher du véhicule qui les précédait lorsque la rame s'arrêtait », de telle façon qu'un obus ennemi pouvait très bien faucher plusieurs camions. « De plus, les conducteurs n'avaient pas confiance en eux-mêmes pendant la conduite en cas d'extinction des feux, ce qui souligne la nécessité de mener des exercices nocturnes de conduite tactique[62]. »

Une autre série de manœuvres, *Starlight Anchor*, se déroula dans de meilleures conditions, les pelotons d'évacuation et de traitement fonctionnant en tant que détachements aéromobiles. D'une manière générale toutefois, l'unité était déçue, car RV 87 ne comprenait pas un exercice de brigade. Telle absence « était amèrement ressentie par la 2e Ambulance de campagne. Une ambulance de campagne est prévue pour opérer sur le territoire dévolu à une brigade avec un nombre de victimes dévolu à une brigade. La brigade contrôlant l'exercice de groupement tactique n'eut recours qu'à un seul peloton d'évacuation à la fois, et ne fournit pas de victime pour l'entraînement de la 2e Ambulance de campagne. » Malgré tout, « on trouva que l'exercice RV 87 a été intéressant et couronné de succès. Plusieurs leçons ont été apprises, particulièrement en ce qui concerne les Opérations aéromobiles et les techniques de campagne de base[63]. »

Les ambulances de campagne n'étaient pas les seules unités à pratiquer leur métier lors des exercices, comme le montre l'exemple de l'Hôpital des Forces canadiennes Europe, en Allemagne. Cet établissement, situé sur la ligne de front de la Guerre froide, conduisit, avec la formation qu'il soutenait, ce qui fut appelé les exercices *Starfighter*, destinés à simuler les premières phases d'une troisième guerre mondiale. Ces exercices étaient intenses et fréquents, huit d'entre eux étant programmés dans une période de six mois, du mois de novembre 1985 à celui de mai 1986. L'un d'eux « s'avéra long et occupé. Le nombre des victimes simulées était le double de celui des exercices précédents (environ 60 en 36 heures) et... le personnel était resté vigilant en tout temps. La plus grande partie du personnel travailla tout au long de cette période sans dormir[64]. » Le nombre et la nature d'un tel entraînement paraissaient avoir des avantages substantiels. Le capitaine L. E. Sly, commandant du poste de rassemblement des blessés en 1987, fit état « d'une améliora-

62. ANC, RG 24, v.22,867, 3350-RV87, Pt 87.02, 2 Fd Amb Post-Ex Report RV 87, Jul 87.
63. *Ibid.*
64. ANC, 1998-0136-1, 3350-3, Sgt J.C. Friend, NCO i/c Starlight CFHE, to AO, 22 Feb 85.

tion progressive au poste de rassemblement des blessés pendant les douze derniers mois. Les adjoints médicaux se sentent plus à l'aise dans leur rôle GNBC », ou guerre nucléaire, biologique et chimique, « et dans le traitement des victimes d'un conflit conventionnel[65]... ».

Il fallait toutefois que le capitaine Sly, ainsi que le personnel de l'unité, en sachent davantage sur les procédures récemment mises au point. En effet, « l'ensemble du personnel du poste de rassemblement des blessés manque certainement d'expérience et d'exposition au sujet de l'opération du CF18, l'aéronef lui-même et, ce qui est encore plus important, des systèmes de support vital des pilotes », comme l'oxygène. « Je propose que le commandement s'occupe de ce problème, pour s'assurer que tout le personnel du Poste de rassemblement des blessés ait les connaissances suffisantes pour prendre soin d'un pilote rendu incapable[66]. » *Starfighter* continua à faire partie intégrante de la vie dans la base et, à l'occasion d'un exercice en janvier 1988, on estima que « l'exercice *Starfighter* est infiniment plus gratifiant que d'autres, parce qu'il offre bien plus d'activités[67] ». Deux mois plus tard, « on simula une catastrophe de pertes massives lors d'un récent exercice *Starfighter*. L'exercice était très utile pour le personnel médical du poste de rassemblement des blessés », les membres de l'artillerie du 1 Royal Canadian Horse Artillery tenant le rôle de victimes[68].

Un exercice, plutôt différent, eut lieu en avril. Selon le capitaine J. Cunningham, commandant du poste de rassemblement des blessés : « pendant l'Évaluation tactique nationale 1988, le poste de rassemblement des blessés avait deux médecins militaires et 14 adjoints médicaux. Trois d'entre eux n'avaient jamais participé à un *Starfighter* avant cet exercice. » Environ 60 patients simulés, dont 20 en même temps, prirent part à cet exercice, du 11 au 14. « En l'absence d'activités à l'extérieur, on se rendit mieux compte des contraintes de l'activité dans les casemates. Apparemment, de petites déconvenues, comme des fusibles grillés, des toilettes portatives bouchées et des vannes de ventilation en battement, devenaient la source de vives frustrations. La vie en casemate est en elle-même stressante et n'assure pas une détente et un repos réparateurs. Il reste essentiel que le personnel passe quelque temps à l'extérieur pendant chaque période de 24 heures. Le personnel d'éducation physique et de loisirs doit, en plus, mettre au point un programme d'entrainement physique pour la vie dans les casemates. » Et puis, « les installations de cuisine sont essentielles dans une casemate, sur une base

65. ANC, 1998-0136-1, 3350-3, Capt L.E. Sly, OC i/c CCP, to Distribution, 19 Jan 87.
66. *Ibid.*
67. ANC, 1998-0136-1, 3350-3, Capt J. Cunningham, OIC CCP, to Distribution, 6 Jan 88.
68. ANC, 1998-0136-1, 3350-3, Capt J. Cruchley, Base Flight Surgeon, to Distribution, 21 Mar 88.

de 24-7. Le poste de rassemblement des blessés est convenablement équipé ; ce qui n'est pas le cas de l'alimentation en électricité quand il s'agit de faire fonctionner plus de deux appareils à la fois. On a un très grand besoin d'eau courante et de toilettes à chasse d'eau[69]. »

En ce qui concerne l'équipement, « le poste de rassemblement des blessés dispose présentement de la radio, du téléphone et de communications pour des annonces publiques. Mais bien que ce poste soit chargé de fournir des messages hors exercice pour les accidents, il n'est toujours pas équipé d'un système de sonnerie d'alarme en cas d'accident. De surcroît, si l'évaluation tactique insiste pour neutraliser les téléphones comme moyens de communications [partie du test], ils menacent les capacités de réaction du Poste de rassemblement des blessés », pendant la durée du test. Bien que « les premiers soins du personnel de la base soient bons », de manière générale, « le soutien médical que peut fournir à la base le poste de rassemblement des blessés reste limité et devrait être amélioré si l'on veut que la base puisse survive à n'importe quel conflit[70] », ce qui constitue une leçon aussi vieille que le déploiement du Canada au sein de l'OTAN. Une autre leçon, encore plus dure, selon le capitaine Cuningham, était « que le leadership faisait défaut au niveau du Sous-officier supérieur. Ça ne devrait pas être nécessaire pour un médecin de signaler aux Sous-officiers supérieurs, qui sont passés par les bataillons d'infanterie », en tant que partie du soutien médical intégral de ces unités, « quand et comment mettre en place des plans de sécurité et de défense locale, et il ne devrait pas être non plus nécessaire que les officiers s'impliquent dans la gestion au jour le jour du poste de rassemblement des blessés. Malheureusement, c'est ainsi que se présente la situation actuelle[71]. »

La nécessité de se préparer à des catastrophes, sans toutefois mener de guerre, qui représentait une exigence pour tout hôpital, civil ou militaire, ne contribuait nullement à faciliter cette « situation ». Ainsi, en novembre 1988, « on a effectué un exercice touchant au Plan d'intervention en cas d'urgence de la BFC Lahr ». Au centre de l'exercice se trouvait un autobus de passagers accidenté et ayant pris feu dans un parc de stationnement. « Le bus transportait plus de 50 passagers atteints de blessures avec priorité un, deux et trois… Comme prévu, la réaction initiale des véhicules d'urgence fut excellente, car tous les participants avaient été avertis à l'avance par l'ordre de l'opération. À mon avis, un exercice sans préavis, plus particulièrement après les heures de travail habituelles, augmenterait sensiblement le temps de réaction. » Une

69. ANC, 1998-0136-1, 3350-3, Capt J. Cunningham, OIC CCP, to HQ CFB Lahr, 19 Apr 88.
70. *Ibid.*
71. ANC, 1998-0136-1, 3350-3, Capt J. Cunningham, OIC CCP, to CO, 28 Apr 88.

remarque intéressante était que le commandant du 129e Détachement antiaérien, le commandant-adjoint et l'adjudant-maître de batterie, « ont réagi rapidement avec sept véhicules et des effectifs dont on avait grand besoin. Ces effectifs, qui finiront par totaliser 58 personnes, ont servi à compléter le cordon de sécurité et tenu le rôle de brancardiers, sur place et à l'hôpital. Quelques minutes après leur arrivée, ils ont dressé une tente modulaire chauffée… En cas de véritable catastrophe, je pense que la vie ou la mort de nombre de victimes dépendra du soutien du 129e Détachement antiaérien. » L'exercice était donc assez utile, et le lieutenant-colonel R. L. Stickley, officier des opérations de la base, recommanda que l'on organise chaque année deux exercices semblables[72].

L'Hôpital des Forces canadiennes–Europe n'était pas le seul à se trouver sur la ligne de front. De telles installations ne se trouvaient pas, non plus, exclusivement dans des régions situées à proximité de l'Union soviétique. Le 1er juillet 1970, la 1re Ambulance de campagne fut constituée sur la Base des Forces canadiennes Gagetown. L'une de ses missions principales consistait à apporter un soutien à une brigade (appelée CTAM, pour Canadien transportable par air et par mer, Groupe de combat) qui, bien que basée au Canada, serait déployée en Norvège en cas de conflit armé. Comme cela fut rapporté en avril au quartier général, « avant que cette unité ne puisse évaluer les ressources nécessaires pour soutenir le groupe de combat CTAM dans le nord de la Norvège, nous devons avoir un plan médical sur la base duquel nous prendrions nos décisions. Ce plan doit, bien entendu, compléter le plan tactique du Groupe de combat, et doit reposer sur des informations comme la dimension et le type de formation à soutenir, le nombre de victimes prévues, le lieu où se trouveraient les unités de soutien, le lieu où se trouveraient les installations médicales, ainsi que leur importance… de même que la disponibilité et la priorité des hélicoptères pour l'évacuation médicale, etc.[73]. »

Un an plus tard, la 1re Ambulance de campagne avait une bien meilleure idée de ce dont elle aurait besoin. En plus des véhicules de 3/4 de tonnes, « dont l'ambulance de campagne est maintenant équipée, un besoin réel d'ambulances chenillées et chauffées s'impose, ou d'autres types d'ambulances tout-terrain pour l'hiver et le printemps, lorsque les routes risquent d'être inaccessibles pour les véhicules à roues. L'utilisation de toboggans tirés par des véhicules autoneige ou par une force humaine serait acceptable au niveau du PSU [Poste sanitaire d'unité, ex poste de secours régimentaire] ou à un niveau plus avancé, mais non pas à l'arrière du PSU. » Elle aurait également besoin d'appareils de

72. ANC, 1998-0136-1, 3350-1, LCol R. L. Stickley, Base Ops O, to Distribution, 25 Nov 88.
73. ANC, RG 24, Acc 84-85/167, boîte 46, 2245-1/2, L. R. Rail to HQ 2 Combat Group, 21 Apr 71.

chauffage Herman Nelson qui, au début des années 1970, n'étaient pas encore assez antiques pour être un problème logistique. En ce qui concerne le soutien de troisième ligne, l'Ambulance s'attendait à ce que soit disponible sur ses arrières deux hôpitaux de campagne sous contrôle divisionnaire, l'un à Narvik et l'autre à Salangen. Les patients auraient, en outre, accès à deux centres de convalescence, à un hôpital chirurgical de l'armée (à Trondheim), et à un convoi de 30 ambulances Volvo pour l'évacuation, aussi bien qu'à divers navires et traversiers[74].

L'unité n'oubliait pas, pour autant, la nature du défi auquel elle était confrontée, avec un pourcentage de victimes prévues de 14 pour cent par mois pendant les périodes chargées, de 6 à 8 pour cent si les combats étaient « modérés », et de 3,5 pour cent en cas de légère activité. On devrait noter que de telles statistiques étaient susceptibles de changer sensiblement en prenant en considération des facteurs comme une supériorité aérienne de l'ennemi, le manque de canons antiaériens parmi les unités amies ou de véhicules de combat blindés, et le fait que l'Union soviétique disposait d'une force nucléaire et chimique foudroyante, qu'elle s'était engagée à utiliser en temps de guerre. Il faudrait ajouter à cela que « parce qu'il est inévitable que l'évacuation soit complètement interrompue assez fréquemment dans le nord de la Norvège, on devrait examiner la faisabilité de moyens chirurgicaux d'urgence avancés et la capacité de retenir les patients au sein de la 1re Ambulance de campagne[75]. »

Une autre année donna encore plus de temps pour recueillir des renseignements et brosser un tableau plus complet de ce qui attendait les Canadiens. « En gardant à l'esprit que nos défenses doivent être statiques et concentrées dans des régions comptant des carrefours, des passages et des terrains d'atterrissage, et sur le fait que l'ennemi jouit d'une supériorité aérienne de 5 contre 1 (nous n'avons pas de protection AA) et d'une supériorité de 15 contre 1 dans les chars, et qu'il est en mesure d'amener 2 brigades disposant d'armes nucléaires ayant une portée de 150 miles (240 km), nous pouvons nous attendre à ce qui suit : de dures frappes concentrées terre/air, qui obligeraient nos troupes à garder leur tête baissée pendant la majorité du temps. La possibilité d'avoir des victimes contaminées est assez élevée. Il y a également une excellente possibilité de victimes par effet de fragmentation, d'éclats et de fragments de roches. » Si les Canadiens devaient se trouver « en position pour un certain temps, on devrait s'attendre à des problèmes de pieds pendant le printemps humide, à des engelures et des problèmes découlant de l'exposition au froid pendant l'hiver, à la conjonctivite des neiges, ainsi qu'à des problèmes psychiatriques dus à l'isolement et à

74. ANC, RG 24, Acc 84-85/167, boîte 46, 2245-1/2, J. R. Rail to Distribution List, 28 Apr 72.
75. *Ibid.*

l'absence de divertissement. En raison des distances et de la menace soviétique sur mer et dans les airs, il serait hautement improbable de recevoir des renforts, sauf dans le cas d'une situation de drôle de guerre[76] », en référence aux premiers mois de la Deuxième Guerre mondiale, lorsqu'il y avait peu ou pas du tout de combat sur le front occidental, en 1939-1940. « Dans leurs requêtes, les unités demanderaient probablement le retour de patients au service et des indications sur la durée du séjour à l'hôpital », ajoutait-on, à cause justement du fait qu'il n'y aurait pas de renforts.

> L'état précaire des routes à cause des inondations du printemps, de l'obscurité hivernale, des avalanches, des voies étroites et en lacet, qui multiplient le temps et les distances, contribueront à des difficultés d'évacuation, sans mentionner la probabilité d'accidents de véhicules et de pannes mécaniques. Avec les éléments avancés occupant le terrain surélevé, où les routes n'existent même pas, nos ambulances sur roues ne seront pas en mesure de parvenir à un PSU situé bien à l'avant. Il paraît probable que le PSU sera placé dans une position arrière moins traditionnelle, afin qu'il soit proche d'une route d'évacuation… Le service d'hélicoptère sera moins fiable, dans la meilleure des hypothèses, vu les conditions climatiques et du terrain. Pour toutes ces raisons, il semble possible que nous devrions compter plus que d'habitude sur les brancardiers à pied — et cela suppose un bon conditionnement physique préalable[77].

Les hôpitaux situés plus à l'arrière avaient tenu une place prédominante dans les plans préliminaires deux ans plus tôt. Mais à ce sujet, « parce que les installations médicales militaires norvégiennes seront sous tension extrême, notre hôpital de campagne devra traiter encore plus de patients et appliquer une plus grande variété de traitements qu'il n'était censé le faire à l'origine. Cela alourdit considérablement la responsabilité de l'ambulance de campagne en ce qui concerne le triage, de telle façon que seules les victimes nécessitant des soins hospitaliers soient effectivement évacuées. Le reste aura besoin d'être traité par nos médecins militaires du peloton d'évacuation et au niveau des pelotons de traitement — d'autant plus que, lorsque nous mesurons la précarité de nos moyens de transporter les patients sur des routes encombrées, sinueuses, rares et lourdement bombardées dans des conditions climatiques difficiles… la politique de rétention de l'Ambulance de campagne pourra se prolonger plus longtemps que ce à quoi nous sommes habitués. Le réapprovisionnement médical peut être raisonnablement bon, et peut être transporté par voie aérienne, largué si nécessaire. Le réapprovisionnement par véhicule est en quelque sorte plus difficile[78]. »

76. ANC, RG 24, Acc 84-85/167, boîte 46, 2245-1/2, Unit CAST Briefing, 1 Fd Amb, nd.
77. *Ibid.*
78. *Ibid.*

En tout et pour tout, l'unité aurait besoin d'autant d'entraînement que possible dans l'accueil des victimes d'une guerre nucléaire aussi bien que des victimes de bombes à fragmentation et de blessures causées par le froid et l'humidité. Les troupes auraient également besoin d'un bon conditionnement physique, apprenant à conduire dans des conditions exécrables sur des routes mauvaises, l'art du camouflage, la survie en hiver, les soins médicaux dans des installations sous-terraines et la manière de traiter des patients pendant plusieurs jours à la fois, y compris donner le bain, nourrir et tenir des installations de latrines collectives. Aussi important : « nous avons besoin de favoriser un esprit d'unité — un esprit de corps — et nous devons développer notre capacité à nous divertir nous-mêmes alors que nous sommes dans le champ[79]. » De tous les défis auxquels a fait face le Service médical des Forces canadiennes à cette époque, la Norvège était sans doute le plus grand.

Mais ce n'était pas le seul. Une autre innovation de l'époque allait avoir des conséquences bien plus étalées dans le temps — un hôpital mobile d'intervention totalement intégré. N'ayant pas eu une version canadienne d'une telle unité en Corée, lorsque l'une d'elles a été mise au point en 1969, il s'était passé plus d'un quart de siècle depuis que le SMFC ou ses prédécesseurs avaient eu une expérience opérationnelle avec une pareille installation, et bien des choses avaient changé au cours des décennies précédentes. Comme le capitaine W. E. Dauphinée, du Directorate of Medical Plans and Requirements (ou Direction des plans et des besoins médicaux), nota en 1970, « l'éclosion de la technologie, qui a doté les forces armées d'armes révolutionnaires et de systèmes de communication avancés, à laquelle s'ajoute la nouvelle doctrine des forces armées sur une force militaire éminemment mobile, souligne les aspects désuets de nos actuelles unités médicales de campagne… Il suffit de regarder une photo d'un hôpital de campagne en pleine opération durant la Guerre d'Afrique du Sud pour remarquer la frappante similitude entre les éléments abritant les hôpitaux de campagne de cette époque et les éléments des abris utilisés par les unités de campagne de notre service de santé actuel », qui se trouvaient toujours sous la tente.

Il était évident que le capitaine Dauphinée estimait qu'on pouvait en faire davantage, sachant notamment que « le soldat blessé est une denrée hautement périssable et que sa survie se situe directement dans le temps qui s'écoule entre le moment où il est touché et celui du début du traitement médical définitif ». Par conséquent, « notre objectif est de mettre au point un hôpital de campagne qui puisse être transporté rapidement n'importe où dans le monde et qui soit capable de fournir un

79. *Ibid.*

traitement médical et chirurgical définitif à une distance de quelques miles de la ligne de front, avançant lorsque les troupes avancent et devenant opérationnel 30 minutes après l'arrivée dans un nouvel emplacement. Cet hôpital doit être suffisamment flexible pour être taillé à la mesure des besoins de la force qu'il soutient, sans considération pour le climat et le terrain et, par-dessus tout, doit être en mesure de faire siennes les miracles de la médecine moderne dans un environnement propice à assurer les meilleures chances de guérison, sans toutefois alourdir le fardeau logistique du commandant[80]. »

De tels principes étaient loin d'être de récentes découvertes, mais le genre d'installations qui auraient convenu à leur application auraient coûté cher et n'allaient pas de pair, en tout cas, avec la démobilisation du pays au lendemain de la Deuxième Guerre mondiale. « Avec le début de la guerre de Corée, et au lieu de nous consacrer à la réorganisation de l'ensemble du système, nous nous sommes attelés à régler des problèmes plus immédiats, comme l'amélioration du matériel qui peut être utilisé pour traiter les victimes. » Le problème s'est ainsi retrouvé au second plan, et « les stocks d'équipement d'un hôpital de campagne, qui n'avaient pas été renouvelés depuis 1945, ont été épuisés en Corée », même si ce n'était pas pour créer un hôpital de campagne, « ainsi que pour les urgences civiles au pays et à l'étranger. » Toutefois, « la nécessité urgente d'améliorer le potentiel médical de campagne des Forces canadiennes et de re-compléter les stocks a conduit à l'achat de trois sections de 100 lits d'un hôpital militaire américain de campagne. C'est l'une des sections de 100 lits qui constitue la composante de base du 1er Hôpital canadien de campagne à Petawawa. Le reste de l'équipement est placé au stockage de longue durée[81]. » La situation était loin d'être favorable.

L'armée américaine, entre-temps, mettait au point le MUST (Medical Unit Self-contained Transportable) ou Installation médicale autonome transportable, qui régla certains des problèmes auxquels avaient été confrontés dans le passé les hôpitaux de campagne. « La table d'opération avait tendance à être instable. L'unique source de lumière n'était pas suffisamment forte et faisait de l'ombre sur le champ chirurgical. Les supports d'instruments séparés autoportants, les portes cuvettes, tables arrière, seaux à bascule occupaient un espace précieux. L'eau qui devait être utilisée dans l'évier du chirurgien était déversée à la main dans le réservoir au-dessus de l'évier, et sa température n'était pas contrôlée. » En 1965, on fit la démonstration des premiers éléments structurels

80. ANC, RG 24, 92-93/296, boîte 148, 1 CFH 4500-1, v.1, Capt W. E. Dauphinée, Directorate Medical Plans and Requirements, to Maj W. W. J. Schuler, 1 CFH, 16 Oct 70.
81. *Ibid.*

destinés à résoudre de telles difficultés, et « juste un an après l'évaluation, on déploya au Viêt-nâm un hôpital chirurgical équipé du système MUST. Le succès du système, dans l'évaluation réelle du combat, fut si encourageante que le MUST sera fourni à toutes les grandes unités médicales de campagne de l'Armée américaine[82]. »

Le « système », car c'en était un, était censé remplacer la tente, les groupes d'éclairage, les générateurs et l'ancien équipement médical par « une structure gonflable. Il s'agit d'un abri utilisé là où l'espace est une exigence première, comme dans les salles communes pour patients. » Venait ensuite « un élément extensible, qui est un abri en dur utilisé pour le "cœur de l'hôpital — chirurgie, salle centrale des fournitures stériles, rayons X, laboratoire, pharmacie et cuisine. » Finalement, il y avait « l'élément de service autonome, qui fournissait l'énergie électrique, la climatisation dans les abris, le chauffage de l'eau, la distribution de l'eau et de l'air ». « Le concept révolutionnaire du MUST, ajoutait-on, ne se limite pas à l'abri et aux services, mais touche au progrès de l'équipement général et médical. Pour n'en donner qu'un seul exemple détaillé, on évoquera le nouveau stérilisateur de campagne. Il pèse 468 livres, légèrement moins que le stérilisateur de la Deuxième Guerre mondiale, qui en pèse 495, mais a le double de sa capacité. Le rendement de ce stérilisateur est essentiellement le même que celui des mêmes appareils que l'on retrouve dans les hôpitaux fixes. » Le MUST sera également « équipé de projecteurs d'opération et d'une nouvelle table d'opération, permettant ainsi au chirurgien de disposer d'un équipement assez similaire à celui que l'on retrouverait dans un hôpital fixe ordinaire[83] ». Le Capitaine Dauphinée, du moins, s'était rallié aux avantages du système.

Il n'était pas le seul, bien qu'en 1972 les membres de l'hôpital de campagne qui avait été mis sur pied en 1969 attendaient toujours la livraison de leur équipement. Selon le major W. W. Schuler, officier commandant, « la baisse du moral dans mon cadre est devenue très remarquable. J'ai procédé à un examen critique de la situation et j'en ai tiré la conclusion selon laquelle l'absence d'indications positives sur le MUST, l'acquisition, la formation, l'affectation, les déploiements et les cours de qualification, les tableaux des congés etc., ainsi que les changements des plans d'entreposage fixe/logement permanent, ont créé un sentiment de "qu'est-ce qui se passe nom de Dieu !" » Si l'on devait terminer d'assembler l'installation à la date fixée du 1er janvier 1974, on aurait dû commencer de travailler à cet effet en 1971[84]. Le

82. *Ibid.*
83. *Ibid.*
84. ANC, RG 24, 92-93/296, boîte 148, 1 CFH 4500-1, v 1, Maj W.W. Schuler, CO Cadre 1 CFH, to SG, 25 Feb 72.

L'hôpital de campagne en exercice, octobre 1974. CIFC, PAC 74-1188.

pire était encore à venir avec l'exercice *Open Door* en septembre 1973. Selon l'adjudant-chef M. S. Oliver, « conçu à l'origine comme une période d'initiation pour le cadre et les renforts du 1er Hôpital de campagne canadien », il était, « à mon avis, condamné à échouer, dès le départ[85]... ».

L'installation comptait sur les autres membres du SMFC pour mettre ses effectifs à niveau, mais « sur un total de 176 renforts, seuls 61 ont été appelés. Sur ce nombre, seulement 56 se sont présentés », et l'un d'eux est parti en congé pour événements familiaux malheureux après son arrivée. En outre, l'officier commandant du Cadre n'était pas disponible pendant 80 pour cent du temps, en raison d'autres engagements, dont un tournoi de golf. Plus bas dans la hiérarchie, ni le commandant adjoint ni le sergent-major régimentaire ne participaient à la préparation de l'exercice. Oliver en était manifestement exaspéré : « Ayant passé 23 ans de service dans le SMFC, dans différentes fonctions et situations, j'ai été grandement déçu d'avoir participé à un exercice si mal organisé. Le coût énorme et les occasions d'entraînement perdues, à cause principalement de l'absence de direction et de leadership, vous font souhaiter de ne pas y avoir participé... Il paraît maintenant probable que le 1er Hôpital de campagne canadien reçoive deux missions au moins en 1974 (*Exercise Running Jump III* et *Exercise Chase*), et trop de temps d'entraînement précieux a été perdu[86] ».

La situation se modifierait dans les mois suivants, et le médecin-chef indiqua, en 1974, que le 1er Hôpital de campagne canadien avait un Cadre de 24 avec une liste d'appoint de 176. Malgré les difficultés dont il a été fait état plus haut, il estima que « l'unité pouvait être déployée en soutien aux opérations des Forces canadiennes ou pour une tâche

85. ANC, RG 24, 92-93/296, boîte 148, 1 CFH 4500-2112, v 4, CWO M S Oliver, Ex RMS, to CO 1 CFH, 27 Sep 73.
86. *Ibid.*

humanitaire, partout dans le monde ». Il ne disposait cependant pas encore de l'équipement le plus moderne, car il « est présentement équipé comme un hôpital de campagne de 100 lits sous tente. On prévoit que le 1er Hôpital canadien de campagne recevra l'équipement MUST en automne 1975. Les effectifs de l'unité avec l'équipement MUST seront un cadre de 30 membres du personnel et de 191 renforts. » Pour ce qui est de préparer les gens à leur rôle, « l'entraînement pour cette unité s'effectue en amenant 1/3 de l'équipe des renforts à la BFC Petawawa pour s'entraîner chaque année, et en déployant périodiquement la totalité de l'hôpital dans le même temps que les exercices d'entraînement les plus importants des Forces canadiennes. » De plus, « quatre hommes de métier (techniciens ELECTROMEC [électromécanicien]) ont reçu une formation sur le fonctionnement et l'entretien des éléments des services, des éléments extensibles et des abris gonflables. Trois membres de ce personnel seront affectés au cadre et les autres gens de métier feront partie de l'équipe des renforts[87]. »

Le jour tant attendu arriva au cours de l'automne 1974, lorsque le MUST parvint à Petawawa, devenant le point central d'un entraînement assez poussé. Par exemple, entre octobre 1974 et mars 1975, « l'unité a mené des essais de surcharge de neige sur l'abri gonflable de l'Installation médicale autonome transportable MUST dans l'enceinte du Dépôt central de matériel médical ». Plus tard, en juin, « des composantes du MUST ont été rassemblées sur les Plaines de Mattawa, et l'unité a conduit un exercice d'essai de trois jours ». Du 15 septembre au 7 octobre, « l'unité s'est déployée jusqu'au lac Bostwick pour l'exercice *Open Door 75*. Ce programme d'entraînement des renforts comprenait des miliciens et des miliciennes pour la première fois avec l'unité. Le total des renforts était de 161, 30 officiers et 131 autres grades. Dans le même temps, deux éléments gonflables du MUST furent installés. » Finalement, il était temps pour l'hôpital de campagne de « faire de la promotion ». Le 21 novembre, « l'Association médicale de la Défense a reçu un briefing sur le plan de rééquipement de l'unité avec un MUST. Ce briefing a été suivi par un tour des différentes composantes du MUST, qui avaient été mises en place dans l'enceinte du Dépôt central de matériel médical[88]. »

Mais tout n'allait pas sans anicroches. Selon l'officier commandant du Cadre, le principal problème était que les effectifs « auraient dû être approuvés en 1974 et des techniciens spécialisés, par exemple des ELECTROMEC [électromécaniciens], TECH GE [techniciens

87. ANC, RG 24, v 21,832, FMC 1050-100/M1, pt 2, Defence Medical Association, Proceedings of the Annual Meeting, 7-8 November 1974, Appx 10, Report of Surgeon General.
88. DHH 1326-2112, 1 Canadian Field Hospital Annual Historical Report, 19 Jan 76.

Groupes électrogènes]), devaient nous être affectés en septembre 1974 ». Les effectifs auraient été finalisés dans les quatre mois qui suivirent, mais « ni l'entraînement ni l'évaluation ne sont possibles si un ELECTROMEC n'est pas disponible. Nous avons également engagé deux éléments de notre propre installation, qui nécessitent une mise à niveau chaque trois semaines environ.... Afin d'accomplir ces tâches, on demande que le sergent Northrup R.M., ELECTROMEC », du 2e Bataillon des services, « soit attaché pour environ quatre à cinq mois. Le Sgt Northrup est l'un des ELECTROMEC choisis pour être affecté à ce cadre[89]. » Une liste nominative pour décembre 1975 énuméra : deux officiers, deux adjudants, sept sous-officiers supérieurs, une douzaine de sous-officiers subalternes, et un seul soldat[90], un total de 24, alors que les effectifs complets pour le cadre d'un hôpital de campagne MUST équipé étaient de 30.

Pire encore, des doutes concernant la fonctionnalité de l'unité médicale autonome sur le terrain commençaient à remonter à la surface. En septembre 1976, le major G. H. Rice, commandant du 1er Hôpital de campagne canadien, vit un « rapport sur une visite d'hôpitaux d'appui tactique (MUST) de l'US Army ». L'auteur rapporta, entre autres, que, pendant les discussions avec le commandant d'un hôpital d'appui tactique américain en Allemagne, il nota que « l'entretien des fermetures-éclair est certainement un problème de nature répétitive, et il est maintenant question, dans les cercles de l'Armée américaine, d'intégrer des tentes dans le système, à la place des abris gonflables », les tentes étant maintenues ensemble par des attaches faciles à tenir. Un autre problème était le « manque de connaissances spécialisées dans l'entretien » de certains équipements, alors que, « pour préparer leurs salles d'opération, ils ont besoin d'un minimum de 24 heures, afin d'avoir les résultats des premières cultures bactériologiques », pour être sûrs que l'installation était aseptique[91].

La logistique posait un autre défi. En effet, « il est difficile de se réapprovisionner lorsqu'il s'agit d'un article unique en son genre, plus particulièrement lorsque les articles de réserve ne sont pas immédiatement disponibles dans les stocks du dépôt. Par exemple, si le transporteur du laboratoire et son contenu sont endommagés (cela se produisit effectivement lors de leur exercice lorsque le chariot soutenant leur laboratoire fit une queue de poisson et arracha le contenant pendant le trajet) ; ou bien si le plancher de la salle d'opération devenait inutili-

89. ANC, RG 24, 92-93/296, boîte 148, 1 CFH 4500-1, v.1, Maj B. N. Collens, CO 1 Cdn Fd Hosp Cadre, to CO 1 Svc Bn, 9 Jan 75.
90. DHH 1326-2112, 1 Canadian Field Hospital Annual Historical Report, 19 Jan 76, Annex A.
91. ANC, RG 24, 92-93/296, boîte 148, 1 CFH 4500-1, v.1, Maj G. H. Rice, CO 1 CFH, to Distribution, 22 Sep 76.

Traitements dans le MUST, 1978. CIIFC, PA 78-1878

sable (comme ces planchers ont tendance à le devenir), il est essentiel que du matériel de remplacement soit facilement disponible, afin que l'hôpital reste totalement opérationnel ». Finalement, « il y a un certain nombre de pièces de rechange à grande utilisation et à prix élevé, qui devraient être gardées en tout temps à l'hôpital. » Un appendice en énumérait dix-sept en tout, portant les numéros de nomenclature de l'OTAN (NNO)[92].

Le MUST était certainement un défi à garder opérationnel. Selon une liste établie en 1977 sur le programme d'entraînement, le personnel hospitalier représentait 17 différents métiers : technicien de véhicules, électromécanicien, sapeur, technicien en approvisionnement, conducteur de matériel mobile de soutien, adjoint médical, assistant de salle d'opération, technicien de laboratoire, technicien en hygiène, assistant dentaire clinique, plombier gazier, électricien, technicien en réfrigération, technicien Groupes électrogènes, technicien-Combustibles et lubrifiants, et installations sanitaires, et, finalement, un technicien en radiologie[93]. Malgré tout, son évolution était suivie avec un certain optimisme. Cette même année, son historien notait que « c'est présentement le seul hôpital de campagne dans le Service médical de la Force régulière. Toutefois, à la différence de son prédécesseur de la campagne d'Italie, l'actuel 1er Hôpital de campagne canadien est un hôpital chirurgical mobile qualifié ayant une mission de soutien aux plans opérationnels des Forces canadiennes. Bien plus, il s'agit d'un cas organisationnel unique, en cela qu'il doit tirer sa force opérationnelle des autres unités des FC, avant d'entrer en action, et la responsabilité de garder l'unité dans un état de préparation incombe à un petit groupe de personnes basées à Petawawa.

92. *Ibid.*
93. ANC, RG 24, 92-93/296, boîte 148, 1 CFH 4500-1, v.2, Maj Gary H. Rice, CO 1 CFH, to Maj E. Travis, US Army Med Eqt Test and Evaluation Div, 12 Apr 77.

Depuis sa création en 1969, le 1er Hôpital de campagne canadien a participé à bon nombre d'exercices, y compris : *Exercise Running Jump II*, *Exercise Smash I* et *II* et *Exercise Mobile Warrior*[94]. »

Mais la preuve de la viabilité de l'unité était insuffisante, et les difficultés de s'assurer que la grande variété de professionnels dont il avait besoin serait disponible dans une situation d'urgence paraissaient insurmontables. Le 1er août 1983, l'unité fut renommée, devenant 1er Hôpital de campagne léger du Canada, avec une capacité réduite de 100 à 60 lits. Son rôle, « de fournir un soutien médical du troisième échelon (OTAN Rôle 3) aux formations de combat auxquelles il est affecté. » À cet effet, « on gardait seulement quelques composantes du MUST (Installation médicale autonome transportable), la plus grande partie de l'unité étant placée sous des tentes modulaires. » Il est possible qu'une meilleure solution à la chirurgie du champ de bataille ne résidait pas dans un nouveau matériel mais dans des améliorations qu'on apporterait à une technologie ancienne. En tout cas, « la mission du 1er Hôpital de campagne léger du Canada est d'assurer la réanimation et une première chirurgie pour les blessures, des soins post-opératoires intensifs à court terme pour les patients opérés, la préparation des patients à une nouvelle évacuation, et la fourniture des soins non chirurgicaux assez limités ». Ses effectifs seraient de trois officiers, un adjudant-chef, deux adjudants maîtres, sept sergents, quatre caporaux-chefs, quatorze caporaux et trois soldats, pour un total de 36[95].

Le résultat était perceptible, et « on assista en 1984 à un rajeunissement de l'unité, qui renforça l'accent mis sur le nouvel équipement, ainsi que sur les concepts d'essai et de déploiement ». La nouvelle trousse comprenait les sections des tentes modulaires à rallonges optionnelles, ou TEMS (*Tent Expandable Module Sections*)[96], alors que le MUST disparaissait. « La détérioration et la pourriture avaient fini par la pousser vers la porte de sortie. » Les tentes ayant été remplacées, « un ambitieux programme d'entraînement fut développé, ce qui était une conséquence directe du nouvel équipement. On fit appel sur une base plus régulière au personnel de renforts, qui fournit une contribution plus directe dans des domaines comme la chirurgie, l'équipement chirurgical, l'équipement pharmaceutique et anesthésique. » Le point culminant des essais initiaux survint lors de l'exercice *Brave Paratum* du 6 septembre au 14 octobre 1984. « On prévoit également de mettre au point un concept de plan, équipement (chirurgical et anesthésique), aussi bien que des exigences de procédure à Rendez-Vous 85 (Wainright, Alberta), temps

94. DHH 1326-2112, 1 Canadian Field Hospital Annual Historical Report, 11 Jan 77, Annex B.
95. DHH 1326-2112, NDHQ to Distribution, 6 Apr 83 ; 1 Canadian Light Field Hospital Annual Historical Report, 26 Jul 84.
96. DHH 1326-2112, 1 CLFH Annual Historical Report, 10 Aug 85.

pendant lequel le 1er HCLC effectuera un renforcement de 100 pour cent de l'unité[97]. » Ainsi, la nouvelle organisation n'était pas oisive. Parmi les principaux événements de 1985, citons un programme d'entraînement d'hiver à Petawawa, en janvier et février, l'exercice *Snow Snake* au Centre médical de la Défense nationale fin février, une visite en Angleterre (par un petit groupe des membres de l'unité seulement) en mars, l'exercice *Challenge Paratum*/Rendez-Vous 85 à Wainright, du 11 avril au 26 juin, l'exercice Voyageur, dans la province de Saskatchewan, en mai, l'exercice *Cool Stool* à Petawawa en août, ainsi que *Mobile Medic*, un exercice de guerre d'hiver, à Borden en novembre[98].

Même si six officiers seulement se sont rendus au Royaume-Uni, le résultat de leur séjour était fructueux, du moins selon le rapport historique annuel de l'unité. « Conformément à la promesse de prendre contact au maximum avec les ressources médicales alliées, les systèmes de traitement médical et d'évacuation, les équipements médicaux de ces derniers aussi bien que ceux fournis pour le soutien au service, un noyau du personnel du 1er HCLC et des représentants du médecin-chef... ont été autorisés à assister à une démonstration du United Kingdom Staff College (Collège d'état-major du Royaume-Uni) sur l'évacuation des blessés dans un théâtre d'opérations. On fit également un tour et un briefing assez détaillés du 2 Field Hospital RAMC (Hôpital de campagne du Royal Army Medical Corps) à Aldershot[99]. »

Pour ce qui est des leçons apprises, le rapport donna les indications suivantes : « Après avoir observé l'installation du 2e Hôpital de campagne, examiné le cadre et les concepts des renforts et ceux du 1er HCLC dans leur état actuel, il apparaîtrait que nos concepts sur l'équipement, le plan et les procédures, sont très parallèles et, dans certains cas, paraissent tendre vers une organisation "Cadillac". Un examen superficiel ferait apparaître que le 2e Hôpital de campagne est trop faible en ce qui concerne le traitement des patients et les services de soutien. On apprécierait que le 1er HCLC se limite en réalité aux essentiels de base. » Plus particulièrement, « on estime que les effectifs du 2e Hôpital de campagne sont plus réalistes, c'est-à-dire 90 tous grades confondus, au lieu de 36 pour le 1er HCLC », alors que « toutes les demandes d'intervention/entraînement opérationnels prennent la priorité sur les cours de qualification et les exigences des unités donatrices. C'est là une excellente philosophie qui garantit la dotation en personnel. Comme on le sait bien, cette situation n'existe pas présentement pour les séries *Paratum* du 1er HCLC, avec des pertes subséquentes d'efficacité ». De plus, « le

97. *Ibid.*
98. DHH 1326-2112, 1 Canadian Light Field Hospital Annual Historical Report, 25 Jun 87.
99. DHH 1326-2112, 1 Canadian Light Field Hospital Annual Historical Report, 25 Jun 87, Annex E, 26 Mar 85.

personnel professionnel, y compris son équivalent de nos adjoints médicaux, a un rôle "réel" à l'hôpital, mais fait partie activement de l'organisation de l'hôpital de campagne et peut être retiré au besoin. Les conversations indiquent que toutes les parties se félicitent d'un tel arrangement et [il] semble bien fonctionner[100]. » Il n'en demeure pas moins qu'il faudrait noter ici qu'à l'époque, le SMFC a continué à mettre l'accent sur les questions cliniques, faisant que l'aspect opérationnel du rôle du service ne serait pas considéré comme une priorité supérieure.

Pourtant, l'hôpital de campagne avait toujours l'occasion de s'entraîner en temps que tel, son défi le plus grand étant le soutien aux exercices divisionnaires que les Forces canadiennes menaient, comme nous l'avons vu, plus ou moins une fois chaque deux ans. La contribution de l'unité au RV 85 fut appelée, comme nous l'avons également vu, *Challenge Paratum*, au cours duquel « le 1er HCLC fut configuré en tant qu'hôpital général allégé, conçu pour répondre aux besoins de 14 000 membres du personnel environ. Cela fut réalisé par l'utilisation des TDMFCC [Tableaux de dotation en matériel des Forces canadiennes en campagne] et la constitution d'un personnel équivalent à celui d'un hôpital chirurgical avancé. Des lacunes et des problèmes existaient dans certains domaines, en raison de cette dérogation draconienne aux effectifs normaux, cependant, en bref, l'objectif a été atteint et le personnel du 1er HCLC gagna une expérience précieuse[101]. »

Comme on pourrait s'y attendre au sein de toute organisation, en l'occurrence la Division canadienne qui ne se déployait qu'occasionnellement, certaines leçons devaient être réapprises, les domaines présentant des problèmes pour l'hôpital de campagne étant l'absence d'une unité permanente de buanderie et de bain, le manque de temps pour l'entraînement des individus, le déploiement non approprié du personnel, et des communications défaillantes. (Certains de ces problèmes seront examinés en détail plus loin). Par ailleurs, « un test pour un nouvel équipement utilisé durant cet exercice fut bien accueilli. La suite chirurgicale d'équipement de protection collective a une valeur considérable et est présentement mise au point… Les transporteurs de brancards sur roues constituent un ajout de grande valeur et doivent être envisagés pour remplacer les lits dans l'hôpital chirurgical avancé. » C'était un matériel très utile, car « un patient peut rester sur son brancard et passer à travers les différentes étapes à l'hôpital chirurgical. Il faudrait faire un essai dans la salle d'opération afin de savoir si un transporteur et un brancard peuvent/ne peuvent pas remplacer la table de la salle d'opération[102]. »

100. *Ibid.*
101. DHH 1326-2112, Post Exercise Report, Ex Challenge Paratum/RV 85, 11 Sep 85.
102. *Ibid.*

Cependant, de manière générale, l'unité apprit plus sur ses limites que sur son potentiel. L'exercice était, après tout, « le premier au cours duquel le 1er HCLC se déployait pour fournir une couverture médicale réelle à cette échelle, utilisant des ressources intégrales et un renforcement de la main-d'œuvre, et ce depuis environ 1971. L'organisation de l'unité est adaptée aux besoins des opérations chirurgicales, non pas à ceux d'un hôpital général. » En raison de ce qui précède, l'hôpital avait « une main-d'œuvre insuffisante » pour un déploiement de deux à cinq mois, et « le personnel présent suffisait uniquement pour répondre aux besoins quotidiens des quarts de travail, en plus des tâches supplémentaires requises pour le bivouac. L'absence de personnel de peloton SG exerça une pression sur le personnel au-delà de ce qui lui est demandé », le SG étant un groupe de tâches générales chargé de la routine de nettoyage et de travaux similaires. Plus encore, « l'hôpital a été établi et développé dans un camp de PG/terrain de rassemblement (environ 12 acres), afin de pouvoir profiter de l'eau disponible et des égouts. Toutefois toute expérience et/ou information que l'on aurait pu gagner en se déployant complètement dans un site opérationnel ont été perdues. » Il fallait également noter « l'absence de zones récréatives/de repos pour les patients mobiles afin de leur permettre une échappée hors du lit ». Finalement, et de manière plus générale, « en raison du fait que le 1er HCLC n'est pas une unité constituée de manière permanente, les membres du personnel de renforts doivent s'adapter rapidement à une nouvelle organisation et à un nouvel environnement alors qu'ils se trouvent presque simultanément dans des situations réelles. » Le commandant proposa donc que l'unité se rassemble cinq jours avant tout déploiement[103].

Comme Clausewitz l'avait noté au siècle précédent, en temps de guerre, même la plus simple des choses devient difficile. C'est ainsi que malgré le fait que l'utilisation « des planches à parquets était excellente pour le plancher, en raison du coût et du temps nécessaires pour leur production, ainsi que de leur volume et poids, ces planches ne seront pas disponibles pour les opérations futures. Une exigence existe concernant l'usage d'un revêtement de sol portable et flexible pour la zone de traitement. » Tel était le cas également pour la « quantité de linges stériles chirurgicaux. Les considérations de poids et de volume empêchaient le maintien de grandes quantités. Le travail supplémentaire pour laver, plier, empaqueter, emballer et stériliser exigea des heures de travail précieuses. » Une solution possible serait d'utiliser du linge jetable. Le matériel rayons X suscitait également des soucis, étant désuet et nécessitant plus de deux minutes et demi pour être développé[104],

103. *Ibid.*
104. *Ibid.*

constituant une entrave majeure au traitement au cas où l'hôpital recevrait un grand nombre de blessés.

Sur un plan différent, il était clair, en rétrospective, que la gestion du matériel et des provisions aurait pu être mieux faite. Quelques jours après le début de l'exercice les « toilettes portatives, une passerelle, et une boîte de commandes électriques refusèrent à tout véhicule un accès au-delà de 75 pieds. Par conséquent, il a fallu décharger toutes les provisions médicales et les transporter manuellement provoquant une charge de travail et un usage du temps considérables et non nécessaires. » Un autre problème était dû « au calendrier de la mise en place des sections. La section des fournitures médicales fut la dernière partie de l'hôpital à s'élever. Le résultat en fut que les salles communes, les salles d'opération, le département des urgences et le département des malades externes commencèrent à demander des provisions avant même que les planches à parquet de la section des fournitures médicales ne soient installées. » (Soit dit en passant, la section des provisions médicales avait eu de la chance d'avoir des planches à parquets. La quantité disponible de ses planches ne suffisait que pour recouvrir les planchers de deux sections du modulaire, les autres planchers furent recouverts de palettes de chargement que l'on déchargea une fois les tri-walls [caisses de livraisons] vidées.) En raison des nombreuses demandes auxquelles la section des fournitures médicales a dû faire face, le personnel composé d'un capitaine pharmacien et d'un caporal adjoint médical « travailla presque sans relâche durant la première semaine. » La section des fournitures médicales devrait donc faire partie du groupe précurseur et mise physiquement en place en premier, et les voies qui y menaient devraient être libres de toute obstruction[105].

En ce qui concerne les fournitures en tant que telles, même avec l'expérience des exercices précédents, il était toujours possible d'apporter des améliorations. Les provisions médicales transportées par la section des fournitures médicales avaient été sélectionnées en partie selon des listes d'articles préparées par les Ambulances de campagne après RV 81 et 83, et des listes préparées durant l'exercice *Brave Paratum*, à l'automne de 1984. En plus, l'hôpital prenait en compte les commentaires des chirurgiens et des anesthésistes au CMDN et la norme du RV 85 pour les fournitures médicales. « Malheureusement, ces listes comprenaient plusieurs lacunes et il a fallu faire preuve de beaucoup d'ingéniosité pour que ces articles soient disponibles. » Il était évident que « la liste des articles des provisions médicales doit être standardisée et abrégée autant que possible. La tendance à avoir recours à des articles

105. DHH 1326 2112, Post Exercise Report, Ex Challenge Paratum/RV 85, 11 Sep 85, Annex P, ed.

jetables doit être examinée avec précaution, en ce qui a trait au volume et au réapprovisionnement. Il est vrai que certains articles jetables sont moins volumineux que les articles non jetables qu'ils remplacent, mais si on les examine au cas par cas et sur la base de leur utilisation, les articles non-jetables occupent un espace bien plus réduit. De plus, si la ligne d'approvisionnement est congestionnée ou se trouve coupée, l'hôpital cessera de fonctionner, une fois le dernier article jetable utilisé, alors qu'avec les non-jetables, il pourrait continuer à fonctionner jusqu'à ce que la totalité des produits essentiels ait été épuisée. » Après tout, l'usage de linge jetable n'était peut-être pas une bonne idée[106].

Manifestement, toute la question des fournitures devait être reliée au rôle de l'hôpital de campagne et, à ce sujet, le capitaine R. Palmer du Dépôt central de matériel médical estima que « bien que le 1er HCLC a excellé dans l'accomplissement de son rôle durant le RV 85, il est évident que nous, en tant que professionnels médicaux, continuons de penser aux soins médicaux en terme de qualité plutôt qu'en terme de quantité. En examinant le rôle chirurgical en temps de guerre, il est clair que la priorité doit être donnée à la quantité. Une lecture rapide du Manuel de l'OTAN sur la chirurgie d'urgence en temps de guerre montre que plusieurs des procédures et des traitements pour lesquels nous nous préparons actuellement n'auront simplement pas le temps d'être efficaces, lorsque nous aurons à traiter un grand nombre de pertes. Un juste équilibre doit être établi entre la qualité et la quantité. Le seul moyen de parvenir à cet équilibre est de mettre le 1er HCLC dans des situations où les nombres sont un facteur à prendre en considération. Cela dit, et en supposant que la section des fournitures médicales du 1er HCLC est préparée de façon adéquate, le 1er HCLC devrait être utilisé pour des situations de désastres par le ministère des Affaires étrangères. Avec le matériel médical approprié, n'importe quelle équipe médicale groupant des membres venant de toutes parts du pays, pourrait fournir de l'aide. Sans ce matériel, ils ne seraient que spectateurs[107]. » Comme nous le verrons au chapitre dix, une pareille unité sera effectivement créée dans les années 1990.

Ces leçons étaient apprises alors que l'unité traitait 376 patients nécessitant 1185 jours d'hospitalisation. Dix-huit d'entre eux furent transférés à des hôpitaux civils, 29 à d'autres hôpitaux militaires et 26 furent tout simplement renvoyés à leurs unités. Parmi les raisons les plus communes de l'hospitalisation, citons les blessures, dont étaient atteints un total de 154 patients. Le département des urgences reçut 679 patients, 63 pour infection respiratoire aiguë, 52 pour examen, conseils de santé

106. *Ibid.*
107. *Ibid.*

et suivi, et 50 pour des symptômes mal définis. De ces 679 cas, 260 étaient des cas de blessures accidentelles, alors que des 607 qui furent effectivement traités, 329 retournèrent à leur unité, 179 furent hospitalisés, 54 reprirent un service réduit, 33 furent exemptés de service, 7 furent évacués vers des hôpitaux civils, alors que l'on recommanda le retour de 4 cas à leur unité en dehors du théâtre des opérations, et un seul cas, atteint d'une blessure intracrânienne à la suite d'un accident de la route, décéda. La salle d'examen médical, pour sa part, reçut 1560 patients, dont 337 pour infection respiratoire aiguë, 165 pour examens de suivi de différente nature, 134 pour entorses et 94 pour infections cutanées[108].

Comme d'habitude, un des rôles importants de l'hôpital était de garder ces nombres au niveau le plus bas possible, et « les tâches et les responsabilités de la médecine préventive peuvent poser un défi important et à plusieurs facettes comme le montra l'expérience du RV 85 ». Une des recommandations fut d'affecter à l'hôpital de campagne, à titre permanent, un module de bain mobile, puisque « la présence de douches adéquates à l'usage du personnel et des patients est d'une importance cruciale dans un cadre hospitalier ». Le personnel de la médecine préventive (ou Med Prev, pour faire plus court) effectuait la routine habituelle, y compris l'inspection quotidienne des cuisines, des latrines, et des mess, leur tâche rendue plus facile du fait que « le système d'eau potable fourni minimisait les risques d'infections transmises par l'eau. Des tests de routine pour des résidus de chlore et de pH étaient effectués une fois par semaine. » La prévention semblait être, en fait, le volet le moins problématique de cet exercice divisionnaire, le personnel notant que l'exigence d'assurer un espace vital de 30 pieds carrés par personne a été satisfaite. De même, le personnel rapporta que « eau et aliments sains étaient essentiels pour toute opération militaire », ne signalant aucun problème à ce sujet.

En ce qui concerne les maladies sexuellement transmissibles, cependant, quelques vieilles leçons devaient être réapprises. « L'importance de la confidentialité en ce qui trait aux MTS est extrêmement importante. Le personnel médical a enfreint à cette confidentialité durant le RV 85. Le personnel médical doit être averti qu'il s'agit là d'une affaire sérieuse d'abus de confiance[109]. » Une question sérieuse, en effet, mais elle fut le seul point négatif inscrit dans le dossier du personnel durant l'exercice.

108. DHH 1326-2112, Post-Exercise Report, Ex Challenge Paratum/RV 85, Annex L, 19 Aug 85.
109. DHH 1326-2112, Post-Exercise Report, Ex Challenge Paratum/RV 85, 11 Sep 85, Annex K, 29 May 85.

Les sections de médecine préventive étaient méticuleuses, mais les maladies et les blessures survenaient quand même, comme les statistiques citées dans les paragraphes précédents le montrèrent, et la plupart des patients recevaient des soins médicaux dans le cadre de la compagnie de traitement de l'hôpital. Cependant, contrairement aux questions telles que l'hygiène et les maladies sexuellement transmissibles, cette sous-unité trouva que son rôle changeait selon le type d'opération menée par la formation qu'elle soutenait. « Plusieurs des problèmes qui ont surgi durant cet exercice étaient dus au fait que le 1er HCLC est officiellement désigné, équipé et théoriquement doté de personnel en tant qu'installation chirurgicale avancée et mobile, non pas en tant que petit hôpital général de campagne », un commentaire qu'on a entendu ailleurs. « Toutefois, c'était une installation comme cette dernière (hôpital général de campagne) qui fut requise pour opérer durant le RV 85. Il est dorénavant nécessaire d'établir avec précision comment le 1er HCLC doit être organisé, équipé et doté en personnel, etc, afin de satisfaire à la fois aux exigences de son rôle en situation de guerre et à celles de son rôle en temps de paix. Il est certain que des instructions permanents d'opérations et des inventaires de matériel/provisions séparés sont requis, ainsi que d'autres configurations et structures de personnel, si l'on veut que ces deux rôles soient accomplis. » Appliquer ces procédures de manière pratique exigerait, cependant, d'effectuer l'entraînement dans des circonstances plutôt sinistres. « Comme le 1er HCLC ne peut mener d'exercices pour rôle chirurgical pur en temps de guerre qu'à travers une simulation non réaliste de blessures et de pertes, notre seul moyen d'acquérir une formation réaliste de n'importe quelle nature est de participer à des exercices majeurs au cours desquels les pertes et les patients sont réels. Mais, afin que nos patients reçoivent les meilleurs soins possibles, dans ces circonstances, certains changements au concept chirurgical léger et avancé doivent être mandatés uniquement pour des rôles de soutien/humanitaire durant un exercice mené en temps de paix[110] », une conclusion que plusieurs des patients potentiels auraient approuvée. Quoi qu'il en soit, il était évident qu'il ne sera pas possible d'apprendre la meilleure façon de traiter les blessés des batailles que lorsque l'unité partira effectivement en guerre.

D'autres questions restaient à régler en temps de paix, tel que l'usage des produits sanguins. Comme le laboratoire de l'unité le rapporta « établir une banque de sang sembla provoquer beaucoup de confusion pour le 1er HCLC durant RV 85. Il n'y a aucune directive concernant l'usage du sang en campagne… les provisions de sang ne semblent pas poser

110. DHH 1326-2112, Post-Exercise Report, Ex Challenge Paratum/RV 85, 11 Sep 85, Annex A, 9 Aug 85.

de problème dans une situation de "non-guerre", où elles sont assurées par la Croix-Rouge canadienne. Cependant, cela risque de ne pas être le cas dans des situations de guerre ou de "crise", au cours desquelles la relation entre le laboratoire, d'une part, et le ministère de la Santé et du Bien-Être et la Croix-Rouge canadienne, d'autre part, pourrait ne pas exister », pour des raisons géographiques. Les premières lignes du front de la Guerre froide ne livraient pas non plus de conseils particuliers, « le théâtre européen étant toujours une source de confusion, et aucune politique claire à ce sujet n'est disponible ou, du moins, n'est connue de nous[111]. »

En ce qui concerne les opérations quotidiennes, le personnel du laboratoire de l'hôpital de campagne était composé d'un adjudant, d'un sergent et d'un caporal, et « ces techniciens étaient aussi employés régulièrement pour des tâches relatives aux latrines, à la cuisine, au piquet d'incendie, et comme sous-officier de service », ce qui semblait représenter un fardeau supplémentaire, mais qui ne pouvait être évité qu'en augmentant la charge de travail d'autres personnes, par exemple celle d'un commandant d'une section d'infanterie. La hiérarchie était problématique à un autre niveau, la présence d'un « caporal seul au laboratoire où il serait appelé à traiter avec des sous-officiers supérieurs pouvant causer certaines difficultés. Aucun problème de ce genre n'eut lieu durant RV 85, mais certaines situations de conflit potentielles ont été relevées. » En plus, « il n'y avait aucune disposition pour rappeler du personnel d'autres unités au cas où on devrait agrandir le laboratoire. De même, la possibilité de fournir une expérience bénéfique au personnel des bases proches, en leur proposant des rotations de courte durée au lab, ne fut pas envisagée. » Ajoutons à cela qu'« un grand nombre des militaires qui visitaient le laboratoire étaient francophones, mais aucun des membres du personnel au laboratoire n'était bilingue ». Cependant, pour les installations de base, le laboratoire fut jugé comme répondant aux « exigences minimales », ayant de « l'électricité, de l'eau courante, un évier, un système d'aération et un plancher en dur[112] ».

Au niveau de la chirurgie, d'autres problèmes de nature différente firent surface, l'un d'eux étant le système de communications à l'intérieur de l'hôpital. Selon l'anesthésiste de l'unité « la structure des grades du 1er HCLC… divise le personnel en deux branches, administrative et clinique. Ce concept est valide et devrait être retenu, mais comme le poste de commandement, qui inclut essentiellement l'administration, était physiquement séparé du complexe de l'hôpital, la communication

111. DHH 1326-2112, Post-Exercise Report, Ex Challenge Paratum/RV 85, 11 Sep 85, Annex C, 11 Jul 85.
112. *Ibid.*

entre les branches était minimale et difficile. À l'avenir, le poste de commandement doit être rattaché à l'hôpital. De même l'installation d'un système du genre porte-voix pour localiser rapidement les membres du personnel est requise quand le 1er HCLC est déployé et est opérationnel. » Quant à l'équipe chirurgicale, elle comprenait « un chirurgien, un anesthésiste, un officier de soins infirmiers de salle d'opération et de techniciens de salle d'opération. Dans des situations où la charge de travail serait lourde, le chirurgien et l'anesthésiste seraient surmenés. » Il fallait ajouter deux officiers de service général, formés tous les deux à la technique spécialisée de réanimation cardio-respiratoire et à la technique spécialisée de maintien des fonctions vitales des grands blessés. Leur rôle serait « d'aider le chirurgien et l'anesthésiste pour les soins préopératoires, ainsi que pour les soins postopératoires dans la salle de réveil/service des soins intensifs et dans la salle commune[113] ».

Malgré le manque de personnel, on ne rapporta pas de difficultés particulières au niveau de l'entraînement et des compétences. Sous le titre « les soins infirmiers et les techniciens des salles d'opération », l'anesthésiste relata que « le personnel de la salle opératoire était compétent, coopératif, et hautement qualifié. Tous les membres doivent être félicités pour leur excellent rendement, malgré le stress provoqué par leur méconnaissance de la chirurgie de campagne et leur inexpérience dans ce domaine. Des rotations du personnel de renfort affecté à l'équipe chirurgicale, chaque deux à trois semaines, permettraient au personnel d'acquérir une expérience de première main relative aux conditions de travail dans un hôpital de campagne. Au cours du dernier exercice, les chirurgiens et anesthésistes firent des rotations semblables de manière très réussie. Pour les exercices futures, cette pratique de rotation doit être élargie pour inclure tous les membres de l'équipe chirurgicale. » La conclusion était intéressante : « si un équipement moderne et sûr est fourni et si un personnel dévoué est choisi, la pratique de la médecine dans un hôpital de campagne peut être justifiée légalement, étant donné que les militaires sont responsables de s'entraîner et de maintenir leurs compétences dans des conditions de campagne. Durant l'*Ex Challenge Paratum/RV 85*, la pratique de l'anesthésie répondait aux critères courants de l'anesthésie. Aucun incident fâcheux ou complication découlant de cette pratique n'ont eu lieu[114]. » Cela équivaut à dire que l'unité pourrait justifier le fait qu'elle effectuait des interventions chirurgicales durant un exercice de préparation à la guerre, si, en le faisant, elle satisfait aux critères civils en temps de paix.

113. DHH 1326-2112, Post-Exercise Report, Ex Challenge Paratum/RV 85, 11 Sep 85, Annex B, nd.
114. *Ibid.*

Une autre activité utile en campagne était la physiothérapie, qui entra en jeu pour la première fois dans le cadre d'un exercice durant RV 85. Quelque 196 patients furent référés à une section spécialisée entre le 23 avril et le 2 juin, 15 à 20 d'entre eux pour une simple consultation ou un traitement simple et rapide. Selon un rapport post-exercice, environ 166 patients « furent capables de mieux contribuer aux tâches de leurs unités et de profiter plus de l'expérience RV 85. On ne peut s'empêcher de se demander combien de ceux-là auraient pu faire l'objet d'un retour à leurs unités si les services de physiothérapie n'étaient pas disponibles. De ce point de vue, le besoin d'avoir un service de physiothérapie en campagne a été confirmé. » L'exercice fut également l'occasion d'une avancée dans les soins en campagne, lorsque « les résultats des essais sur la stimulation galvanique sous haute tension », utilisant le courant électrique, « ont montré que cette technique était plus efficace dans l'atténuation de la douleur qu'aucun autre moyen utilisé à n'importe quel moment par le physiothérapeute. » Cependant, (il y avait toujours des « cependant » dans ces rapports), « l'incapacité de fournir un traitement convenable aux patients atteints de lombalgies constitua un point "faible" durant cet exercice. Non seulement on manquait d'équipement (par exemple, table de traction, table de mobilisation), d'un espace privé, et de temps pour effectuer une évaluation efficace, mais les compétences du physiothérapeute en mobilisation et manipulation étaient limitées et, de ce fait, dans la plupart des cas, le traitement des patients souffrant de lombalgies fut orienté vers leurs symptômes et non pas vers les causes de ces derniers. » Toutefois, il s'agissait là d'un problème que l'on pouvait corriger, et on recommanda d'ajouter à l'hôpital, durant tous les exercices, un département de physiothérapie permanent, doté d'un physiothérapeute et d'un adjoint, pour chaque 5000 militaires[115].

Pour le 1er Hôpital de campagne léger du Canada, RV 85 constitua le paroxysme d'une année au cours de laquelle le développement du concept d'un hôpital léger de campagne continua à un rythme effréné. Les activités incluaient « la participation du personnel de renfort et du personnel cadre à concevoir, tester et essayer, non seulement différents articles de trousse, mais la totalité des exigences, en chirurgie et soins infirmiers, d'une unité de campagne complète en déploiement. » Durant cette série de manœuvres, l'unité « déploya la totalité de l'hôpital en soutien à une force opérationnelle de dimension divisionnaire à Wainright, Alberta », et « cet exercice fut le théâtre d'un événement-clé : la première intervention chirurgicale en campagne depuis la guerre de

115. DHH 1326-2112, Post-Exercise Report, Ex Challenge Paratum/RV 85, 11 Sep 85, Annex D, 17 Jul 85.

Corée. » Des réalisations pareilles, et d'autres développements mentionnés dans les pages précédentes, « ont prouvé que l'hôpital de campagne était un concept viable dans le cadre du système normal TEMS (tentes modulaires à rallonges optionnelles) légèrement modifié pour utilisation hospitalière[116]. » En conclusion, l'officier commandant de l'unité, après avoir repassé en revue certaines difficultés organisationnelles découlant de la transformation de l'hôpital de campagne en une installation plus générale, estima que « des développements doctrinaux supplémentaires mèneront sans aucun doute vers une révision complète de l'emploi et du déploiement d'un hôpital léger de campagne. La possibilité de former un hôpital chirurgical réduit et plus mobile est à l'étude[117]. »

En fait, l'unité fut rebaptisée 1er Hôpital chirurgical avancé, et tandis qu'on faisait le point sur ces questions doctrinales, elle s'installa dans une routine annuelle dans laquelle se reconnaîtrait n'importe quelle autre unité des Forces canadiennes, une routine faite de préparations aux exercices, de paperasseries postexercice, d'entraînement individuel et des mille et un détails de la vie en garnison et en campagne. En 1986, ses effectifs comptant trois officiers, deux adjudants-chefs, un adjudant, sept sergents, trois caporaux-chefs, quatorze caporaux et trois soldats[118], son développement fut gelé en attendant la publication du Livre blanc de la Défense en 1987[119]. Puis ce fut le tour du RV 87 « pour lequel l'unité assista à une augmentation de 100 pour cent afin de mener l'exercice *Encore Paratum* simultanément avec l'exercice Rendez-Vous 87, à Wainright, Alberta. Le concept des opérations était le même que celui de RV 85 en soutien à 11 000 membres du personnel militaire. Cependant, un soutien médical réel fut fourni à partir d'un site opérationnel où le 1er HCA (hôpital chirurgical avancé) s'était déployé. C'était la première fois qu'une mise en place d'un "hôpital de campagne" fut activée dans le champ[120] », sans les raccordements utilitaires qui étaient disponibles en 1985.

Les résultats furent plus que satisfaisants, le colonel R.-M. Bélanger, médecin-chef du commandement pour la Force mobile, estimant : « il n'y aucun doute que la participation du 1er HCA (renforcé) a assuré à toutes les troupes du RV d'excellents soins de santé, sans lesquels les vies de certains auraient été en danger, en fait, la vie d'un soldat américain a été indubitablement sauvée grâce aux efforts combinés du personnel du 1er HCA et des pilotes du vol Aeromedevac. La validité du soutien médical fourni par le 1er HCA (renforcé) au RV 87 a été con-

116. DHH 1326-2112, 1 Canadian Light Field Hospital Annual Historical Report, 25 Jun 87.
117. *Ibid.*
118. DHH 1326-2112, 1 Forward Surgical Hospital Annual Historical Report, 10 Jul 87, Annex A.
119. DHH 1326-2112, 1 Forward Surgical Hospital Annual Historical Report, 10 Jul 87.
120. DHH 1326-2112, 1 Forward Surgical Hospital Annual Historical Report, 15 Apr 88.

L'hôpital de campagne sur le terrain de Centre médical de la Défense nationale, 1995. CIIFC, MPC 95-014-44

firmée par le fait que ce genre de soutien est essentiel pour mener à bien la série des exercices RV[121]. »

Cependant, une des leçons présumées de RV 85, selon laquelle l'unité devrait se concentrer plus sur la chirurgie et moins sur les opérations d'un hôpital général, ne sembla produire aucun effet sur les autorités supérieures, mais personne ne s'en plaignit. Bélanger se contenta de noter que « le renforcement du 1er HCA, pour fournir des services non disponibles dans un hôpital chirurgical avancé (c'est-à-dire psychiatrie, médecine interne, etc.) continuera pour les futurs exercices RV et il est fortement recommandé qu'il en soit ainsi. Nous suggérons, en utilisant le 1er HCA comme composante de base, de mettre sur pied un "hôpital de campagne" de 50 lits, qui nous fournira les données nécessaires nous permettant de confirmer les exigences en personnel et en matériel pour la planification organisationnelle[122]. » Il est intéressant de noter ici qu'« aucune demande n'a été adressée au FMC envisageant qu'il fournisse un personnel médical de la Milice pour en finir avec les pénuries de personnel au sein du 1er HCA. Cependant, si une exigence pareille avait été identifiée, des efforts auraient pu être fournis pour la satisfaire. On doit souligner que l'entraînement des officiers et des gens de métier médicaux de la Milice est plutôt orienté vers l'ambulance de campagne et le PSU (poste sanitaire d'unité) et, en effet, plusieurs membres de personnel de la Milice étaient employés ainsi, y compris un officier médical de la milice. » En fait, un nouveau métier pour les adjoints médicaux de la réserve avait été créé au sein de l'hôpital de campagne

121. *Ibid.*
122. DHH 1326-2112, Col R.-M. Bélanger, [FMC] Command Surgeon, to Distribution, 16 Jul 87.

et, une fois l'entrainement initial accompli, « le FMC sera dans une meilleure position pour fournir les gens de métier médicaux nécessaires pour être employés dans le cadre d'un hôpital de campagne[123] ».

L'hôpital de campagne était l'illustration d'une réalité crue, selon laquelle une idée centrale unique sous-tendait les multiples défis du SMFC : les Forces canadiennes pouvaient être appelées à participer à une opération majeure, et l'on s'attendait, au cas où une guerre éclaterait, que l'ennemi soit l'Union soviétique. La confrontation n'a jamais eu lieu, mais il serait utile de rappeler au lecteur que, comme nous l'avons constaté dans un chapitre précédent, le monde des humains est extrêmement imprévisible, et lorsque le Service médical des Forces canadiennes sera effectivement sollicité pour fonctionner en campagne, cela ne sera pas dans le lieu et au moment pour lesquels il s'était préparé.

123. DHH 1326-2112, Col R.-M. Bélanger, [FMC] Command Surgeon, to Distribution, 16 Jul 87, Annex A.

Chapitre dix

Les lendemains de la Guerre froide

À partir de la fin de la Deuxième Guerre mondiale et jusqu'au dernier quart du XX[e] siècle, les différentes branches médicales et le Service médical des Forces canadiennes ont, comme nous l'avons vu, assumé un nombre de plus en plus grand de responsabilités. Ils ont ainsi fourni un soutien complet aux membres des forces armées, à leurs familles et, occasionnellement, aux populations locales vivant à proximité des installations militaires. Cependant, dans les années 1980, cette tendance s'est inversée avec la fermeture d'hôpitaux, les fusions avec des établissements civils et la priorité accordée au soutien des opérations sur le champ de bataille. Deux développements illustrent parfaitement cette évolution : la création d'un hôpital de campagne à la fin des années 1960, duquel il a déjà été question, et la formation, trente ans plus tard, d'une équipe d'intervention rapide, qui sera l'un des sujets développés dans ce chapitre. L'importance croissante accordée au soutien opérationnel était la conséquence logique d'une profusion de missions internationales auxquelles le Canada participa à partir de 1989. Non seulement les engagements du pays ont-ils pris de l'ampleur, mais ils sont devenus de plus en plus dangereux, les opérations canadiennes en Croatie, un pays déchiré par la guerre, à titre d'exemple, plaçant les troupes dans des situations de combat inédites depuis le conflit de Corée, avec leur cortège de pertes causées par le stress et l'épuisement. Bien que des questions telles que la médecine préventive et la santé publique continuèrent d'être primordiales dans les années 1990, l'aspect tactique devint une part plus importante du médical.

Quarante ans après le début de la guerre en Corée, qui fut l'occasion du dernier déploiement du Service médical en situation de conflit armé, l'Irak a envahi son voisin du sud, le Koweït, puis l'a annexé. Pour la première fois, un pays membre des Nations Unies était ainsi rayé de la

carte. Comme pour la Corée, les États-Unis choisirent d'intervenir, justifiant légalement leur choix par les résolutions des Nations Unies. Le gouvernement canadien estima également qu'il fallait, dans l'intérêt national, soutenir les opérations visant à restaurer la souveraineté koweïtienne, et bientôt une force opérationnelle navale composée de trois navires partit pour le golfe Persique, dans le cadre de ce qui fut appelé Opération *Friction*. Les préparatifs médicaux pour assurer le soutien à cette opération commencèrent aussitôt au Dépôt régional de matériel médical de Debert, auquel « il fut demandé d'assurer un soutien en provisions médicales aux NCSM participant à l'opération *Friction*. Cela a provoqué une augmentation considérable de la charge de travail et a contraint tout le personnel à effectuer des heures supplémentaires, afin d'accomplir la tâche. » Le dépôt assura ce soutien du 11 août au 6 novembre 1990[1].

Le Dépôt central de matériel médical (DCMM) fut mis également à contribution, « cette opération ayant commencé comme un soutien à la Marine pour inclure plus tard, en automne, l'Op *Scimitar* [opérations aériennes] et l'Op *Accord* [création d'un quartier général]. Non seulement elle était importante en taille, mais l'opération était aussi nouvelle, car elle impliquait le COMAR [Commandement maritime] et on a mis davantage l'accent sur le matériel médical » plutôt que sur les fournitures simples. « Bien plus, les trousses NBC [nucléaire, biologique, et chimiques] et les fournitures prophylactiques y gagnèrent de l'importance. Le DCMM effectua deux livraisons directes (véhicules militaires de cinq tonnes) au DRMM Debert et à l'arsenal maritime de Halifax. Pour la première fois de mémoire récente, le personnel du DCMM fut mis en attente pour deux heures au cours d'une fin de semaine. Finalement, les navires partirent plus tard que prévu, mais pas en raison d'un manque de matériel et d'équipement médicaux. Le DCMM continua de fournir des provisions nouvelles ou de remplacement via le DRMM Debert. » (Le coût total s'éleva à 450 000 $ environ[2].)

L'opération *Épée royale/Scimitar* était en rapport avec ce qui précède. « Cette opération de soutien à l'Aviation commença au milieu de l'Op *Friction*, avec laquelle elle fusionna à la fin du mois de novembre. Cette opération accrut considérablement notre charge de travail. L'exigence initiale de la garder secrète et le grand nombre d'inconnus qu'elle comportait devinrent vite frustrants, parce qu'il fallait préparer des chargements et des trousses dangereuses à expédier. Il y eut également des doubles emplois lorsque le 319e DAMM [Dépôt avancé de matériel médical, en Allemagne] fut chargé de préparer des trousses, qui existaient déjà

1. DHH 1326-1211, RMED Debert, Annual Historical Report, 20 Feb 91.
2. DHH 1326-1910, Central Medical Equipment Depot, Annual Historical Report, 12 Mar 91.

au DCMM. Il apparut également, de manière évidente, qu'il fallait accorder la plus haute priorité à l'expédition des fournitures médicales... les besoins pour des vaccins supplémentaires, et pour le matériel biologique et NBC étaient aussi importants[3]. »

Puis, comme le dépôt le rapportera plus tard « un ordre d'avertissement, reçu en janvier, indiqua que l'hôpital chirurgical de campagne sera déployé dans le golfe Persique sous le nom de 1er Hôpital de campagne du Canada. Petawawa devint la base de déploiement », ainsi que le dépôt d'approvisionnement « en vaccins, en nouveau matériel NBC et même en nouveau matériel de pansements pour brûlures... le DCMM y contribua en assemblant et en livrant des trousses essentielles incluant : laboratoire de campagne, rayons X de campagne, MEDP [médecine préventive], trousses NBC et un nouveau CCA », ou Centre chirurgical avancé. De même, une quantité importante de matériel fut préparée pour une mise à niveau des réserves de l'hôpital chirurgical de campagne, afin qu'elles soient équivalentes à celles d'un hôpital des Forces canadiennes. Des spécialistes « contribuèrent aussi, de manière significative, à la préparation de l'équipement et aux inspections techniques... le DCMM assembla et expédia également un DFM (Détachement de fournitures médicales). C'était la première fois qu'un détachement de ce genre était formé pour soutenir une guerre. Seulement trois personnes du DCMM furent affectées au DFM, mais cela était dû, en premier lieu, au fait qu'un plafond avait été fixé pour la main-d'œuvre pendant ce déploiement. Si le conflit s'était prolongé, l'unité aurait été très occupée, et aurait eu besoin de voir augmenter le nombre des personnes qui y travaillent[4]. » La valeur du matériel médical expédié dans le golfe Persique a atteint quelque 4,66 millions de dollars.

Les dépôts n'étaient que quelques-uns parmi plusieurs unités médicales à être impliquées dans la guerre du Golfe, et dont la contribution consistait, pour la plupart, à fournir du personnel pour les opérations dans la région. Comme le Quartier général du Groupe médical le rapporta, pour l'année financière 1990-1991 : « Le second semestre a été en grande partie occupé par la crise du golfe Persique. Au tout début, le soutien offert par le groupe se limitait au réapprovisionnement du Groupe opérationnel de la Marine en fournitures médicales dans le cadre de l'opération *Friction*. Toutefois, l'importance de la participation du Groupe médical s'est accrue considérablement avec la mise en œuvre de l'opération *Scimitar* [le déploiement d'un escadron de chasseurs]. Une équipe de soutien sanitaire de douze personnes, provenant des unités du Groupe médical et de la Base des Forces canadiennes Baden,

3. *Ibid.*
4. DHH 1326-1910, Central Medical Equipment Depot, Annual Historical Report, 25 Mar 92.

a été formée. Elle a été dotée du matériel opérationnel du 313e Hôpital de campagne [en Allemagne] permettant de fonctionner avec vingt lits. Le déploiement pour l'opération *Scimitar* a débuté le 4 octobre 1990[5]. » Le Quartier général considéra qu'il était également important de souligner qu'il avait mené ces opérations et bien d'autres « tout en assumant ses obligations de temps de paix[6] ».

Il en fut de même pour les unités individuelles que pour le quartier général. Pour la 1re Ambulance de campagne, « il ne fait aucun doute que les événements les plus importants de 1991 furent les déploiements du personnel de l'unité dans le golfe Persique. Du personnel de la 1re Ambulance de campagne fit partie du Quartier général canadien à Bahreïn, de l'Hôpital de campagne du Canada à Al Quaysumah et prit part aux opérations de déminage de l'après-guerre au Koweït. Les compétences de notre personnel dans le domaine des opérations dans le champ furent cruciales pour le succès de l'hôpital de campagne. Cela met en évidence la nécessité absolue de maintenir un personnel qui possède à la fois des compétences médicales et un entraînement opérationnel. » Dans la même veine, le commandant de l'unité, le lieutenant-colonel S. F. Cameron, conclut son rapport comme suit : « Par ce qu'il a accompli durant les opérations réelles de guerre, le personnel de la 1re Ambulance de campagne a réaffirmé la nécessité pour les forces armées de maintenir une capacité médicale[7]. »

L'expérience de la 2e Ambulance de campagne n'en différa que de peu, car celle-ci « avait été chargée de fournir un personnel médical, administratif et logistique en soutien à la libération du Koweït ». Plus précisément, l'unité participa à trois genres d'opérations. D'abord, l'Opération *Accord*, au cours de laquelle la « 2e Ambulance de campagne fut chargée de confier à un adjoint au médecin la tâche de mettre en place et de diriger un poste sanitaire d'unité au 90e Quartier général du Canada et à l'escadron des transmissions, à Bahreïn. L'Adjc Bendell, adjoint au médecin affecté à l'Op *Accord*, resta sur le terrain du 9 octobre 1990 au 18 avril 1991. » Puis vint le tour de l'Opération *Friction*, déjà mentionnée, avec l'affectation, « en janvier, d'un adjoint médical à bord du NCSM *Protecteur*, l'AOR [pétrolier ravitailleur d'escadron] déployé dans le golfe Persique dans le cadre de la force opérationnelle mixte du Canada. Le caporal Harris, assistant médical… fut affecté à l'infirmerie du pétrolier ravitailleur. » Non moins importante fut l'Opération *Scalpel*, que nous examinerons plus loin en détail. Pour cette mission, « la 2e Ambulance de campagne détacha 29 membres du personnel (médical,

5. DHH 1326-3269, Rapport historique de 1990, Groupe médical du Canada, 21 Aug 91.
6. DHH 1326-3269, Canadian Medical Group Headquarters, Historical Report, 29 Jan 93.
7. DHH, Annual Historical Reports, 2103, For Year 1991.

administratif et de logistique) au 1er Hôpital de campagne du Canada pour l'Op *Scalpel*. Notre tâche principale était de renforcer les ressources du 1er Hôpital de campagne du Canada, de manière à ce qu'elles atteignent un niveau de guerre. » Aussi, « le personnel de la 2e Ambulance de campagne fut chargé de se constituer en une organisation fantôme, responsable de remplacer le personnel de l'hôpital de campagne en entraînement intensif de prédéploiement[8] ».

Alors que les 1re et 2e Ambulances de campagne, qui représentaient l'appui médical sur le terrain, complétaient leurs préparatifs, un travail d'une autre nature se faisait à l'autre bout de la chaîne, dans le domaine de la recherche. Les effectifs de Suffield qui, comme on l'a déjà vu, opéraient pendant la Deuxième Guerre mondiale, avaient continué leurs expérimentations depuis lors, explorant les possibilités dans le domaine des mesures défensives, tels que les vêtements et les appareils respiratoires, ou même les antidotes contre un large éventail de dangers chimiques et biologiques (d'où le lancement du CB, ou programme chimique et biologique). Ces dangers comprenaient des agents variés, qui pouvaient provoquer un étouffement mortel de la victime, empoisonner son sang, couvrir sa peau d'ampoules ou perturber le fonctionnement de son système nerveux. Le défi était loin d'être simple, et un rapport annuel de 1988 souligna que « les progrès réalisés au cours des dernières années dans les domaines de la chimie organique et de la biotechnologie suscitent des inquiétudes quant à la possibilité de mettre au point un agent qui pourrait neutraliser la capacité protectrice d'un appareil respiratoire moderne ou, du moins, de réduire, de manière significative, la période au cours de laquelle la protection serait efficace. Éprouver les nouvelles catégories des composés pour vérifier, à la fois, l'efficacité de notre équipement de protection et notre capacité à détecter les agents et à décontaminer le personnel et l'équipement, est un important vecteur du programme CB[9]... »

À l'époque, ce genre d'activités s'effectuait sous l'autorité du chef — recherche et développement (CR Dév), successeur du Conseil de recherches pour la défense, qui rendait compte au sous-ministre adjoint — matériels (ou SMA Mat, dans le jargon du Quartier général). Le CR Dév supervisait une douzaine d'organismes, et les recherches étaient menées essentiellement au Centre de recherches pour la défense de Suffield et au Centre de recherches pour la défense d'Ottawa (CRDO). La nature de leurs tâches était cependant différente, le centre de Suffield ayant son conseiller médical, contrairement à celui d'Ottawa, puisque ce dernier

8. *Ibid.*
9. DHH 89/91, William H. Barton, Research, Development and Training in Chemical and Biological Defence, 31 Dec 88.

ne menait que très peu de travaux chimiques. Des recherches étaient effectuées également à l'Institut de médecine environnementale civil et pour la défense à Toronto, ainsi que dans différents secteurs industriels et dans les universités[10]. Durant l'année financière 1989-1990, 41 scientifiques, 51 technologistes et 6 militaires, soit un total de 100 personnes environ, collaboraient au programme, et « les membres du personnel professionnel possédaient, dans la plupart des cas, des doctorats en génie, chimie, biochimie, pharmacologie, microbiologie et virologie », un mélange semblable à celui que constituait le personnel de Suffield immédiatement après la Deuxième Guerre mondiale[11].

Quand le gouvernement décida de faire participer les Forces canadiennes à la guerre du Golfe, cela faisait cinq décennies que divers organismes dans le pays effectuaient des travaux sur la guerre chimique et biologique. Le danger d'attaques de ce genre ne pouvait pas être pris à la légère. En effet, les forces irakiennes avaient déjà fait usage d'armes chimiques contre l'armée iranienne et contre la minorité kurde d'Irak, et n'avaient pas montré qu'elles ne seraient pas éventuellement disposées à en faire de même au cas où une coalition essayerait de les chasser du Koweït. C'est pour cela que le Centre de recherches pour la défense d'Ottawa « accéléra ses travaux afin d'équiper les troupes en uniformes protecteurs, qui leur épargneraient le stress physiologique dû à la chaleur, provoqué par des versions plus anciennes. De même, le CRDO y contribua avec les masques C-4 pour les troupes terrestres », en fait des appareils respiratoires et, de concert avec l'Institut de médecine environnementale civil et pour la défense, en développa une version pour les équipages de l'Aviation. « La production de quantités limitées de ces masques utilisant des moules expérimentaux se faisait afin de satisfaire aux exigences de l'Opération *Friction*. » Comme ce fut le cas pour les laboratoires de Suffield, cette contribution comprenait le développement d'un antidote à un gaz innervant appelé HI-6, « des unités mobiles d'échantillonnage de l'air et des détecteurs d'agents chimiques », ainsi qu'une lotion pour la décontamination de la peau[12].

Cette dernière présente un certain intérêt. On y travaillait depuis plus de dix ans, et elle différait des autres formes de protection, parce qu'elle constituait plus qu'une barrière ou un antidote après la contamination. « L'obstacle majeur au développement de la lotion était de pouvoir produire une préparation capable de décomposer le gaz moutarde ou tout autre produit chimique, sans pour autant affecter la peau », bien que la version utilisée pour la guerre du Golfe semblât satisfaire ce

10. *Ibid.*
11. DHH 92/68, Review of the Chemical and Biological Defence Program, January 1990 – April 1991, p. 8.
12. *Ibid.*, p. 11.

critère. Elle pouvait également être lavée à l'eau. « La lotion est destinée à l'usage après une attaque chimique, dans le cas de contamination de la peau par un agent chimique avant que l'équipement protecteur soit complètement porté ou si celui-ci doit être enlevé alors que des agents chimiques se trouvent toujours dans la région. À titre d'exemple, le personnel médical peut se servir de cette lotion au cas où il entrerait en contact avec des victimes d'une attaque chimique ou durant les opérations de nettoyage, où des produits chimiques sont toujours présents en quantités limitées. » Également intéressante était la combinaison de protection qui, en raison du fait qu'elle pouvait être portée à même la peau, permettait d'enlever la tenue externe pour limiter les risques d'une agression thermique. L'auteur du présent ouvrage, ayant porté une version plus ancienne qui recouvrait la tenue de combat, causant une transpiration excessive et infligeant au porteur un inconfort intolérable, peut témoigner qu'un tel développement constituait, sans le moindre doute, un pas dans la bonne direction[13]. (Cette combinaison, cependant, attend toujours d'être utilisée.)

Ainsi, le soutien médical était assez varié. Mais c'est la mise en place d'un hôpital de campagne qui s'est avérée être le plus grand défi. Le processus fut lancé en novembre 1990, mois au cours duquel « le 1er Hôpital chirurgical avancé (1er HCA) entama les préparations pour un éventuel déploiement dans le Golfe en soutien à l'Opération *Broadsword* », qui prévoyait une contribution d'une brigade canadienne à la coalition internationale. Cependant, « la planification fut arrêtée lorsque le Canada décida de ne pas engager le 4e Groupe-Brigade mécanisé dans les forces au Moyen-Orient. L'état de préparation de l'unité avait augmenté de manière significative, et tout le personnel cadre était mentalement prêt à partir en guerre. » Plus tard, « le 2 janvier 1991, l'officier commandant du cadre permanent, le major R. B. Moneypenny, fut informé que le 1er HCA pourrait être déployé en soutien aux Forces britanniques du Moyen-Orient… ordre a été donné à tous les membres du cadre permanent de mettre fin à leur congé et de regagner l'unité, et les préparatifs pour la guerre commencèrent[14] ».

Une des premières étapes du déploiement fut la tenue d'une CPI, ou Conférence de planification initiale, « au cours de laquelle on révéla que, dans son évaluation médicale de l'Opération *Granby* [le déploiement britannique], le ministère de la Défense du Royaume-Uni (MODUK) avait estimé que le taux de pertes parmi ses propres troupes serait de 8 pour cent pour les troupes avancées et de 2 pour cent pour les troupes à l'arrière, pendant chaque journée de combat. Cette estimation

13. *Ibid.*, p. 12-13.
14. DHH 1326-2112, 1 Forward Surgical Hospital Annual Historical Report, 20 Jan 92.

incorporait le personnel de la Marine et de l'Aviation et, dans un but de simplification, sa moyenne fut établie à 5 pour cent du total des troupes. Pour cela, les planificateurs médicaux ont adopté une politique "standard" de quatre jours de séjour dans les hôpitaux de campagne, afin de pouvoir déterminer le total des besoins en lits (en prenant en considération la proportion prévue de morts, de ceux qui pourraient regagner rapidement leur unité, et de ceux qui seraient évacués du TOK, ou du Terrain des opérations du Koweït, sans nécessiter d'interventions chirurgicales). Par conséquent, ils constatèrent qu'ils auraient besoin de 1850 lits d'hôpital "sur le terrain". » Plus encore, « les planificateurs du RU décidèrent également que toute perte alliée passant à travers leur chaîne d'évacuation sera traitée et retournée à ses autorités nationales, une fois qu'elle sera dans un état stable, et que le soutien médical du RU dans la région du Golfe ne sera pas établi ou doté en personnel pour soutenir des forces autres que les siennes. Pour cela, aucun lit supplémentaire pour les pertes amies n'a été ajouté au système médical britannique[15]. »

Cependant, d'autres questions devaient être prises en considération, et « les estimations médicales initiales ne comprenaient pas les prisonniers de guerre (PG) et, plus tard, les planificateurs du RU conclurent que quelque 12 500 PG pourraient être capturés par la 1 Armoured Division (1re Division blindée) durant les cinq premiers jours de la guerre. Comme la Convention de Genève exige que la partie qui détient le prisonnier assure à ce dernier le même niveau de soins médicaux fournis à ses propres troupes, cela avait une répercussion sérieuse sur l'évaluation totale des besoins en lits d'hôpital. Le MOD estima que 5 pour cent des PG seraient des blessés nécessitant des traitements hospitaliers en même temps que ses propres blessés. De même, comme il serait inapproprié, selon les Accords de Genève, d'établir une chaîne d'évacuation séparée pour les PG, on envisagea une évacuation des pertes de l'ennemi à travers les mêmes lignes de communication que le personnel du RU. Par conséquent, on estima que 600 lits supplémentaires seraient nécessaires "sur le terrain" pour soigner les PG. » Un calcul rapide révéla que « le total des besoins en lits s'élève ainsi à 2450 (un manque de 600 lits) ; à ce stade, tout le personnel médical disponible de la Force régulière des Forces britanniques en Allemagne a été déployé, et un rappel obligatoire de tous les réservistes médicaux en Grande-Bretagne est en cours[16]. » Les Britanniques demandèrent donc aux Canadiens de leur fournir un hôpital de 100 lits, afin d'atténuer cette tension, ne serait-ce qu'en partie.

15. *Ibid.*
16. *Ibid.*

Le plan prévoyait que « le 1er HCA mettra en place un hôpital en soutien aux ops dans le golfe Persique en tant que partie intégrante du British Medical System (BMS-Système médical britannique), assurant un soutien limité de niveau trois à la 1 Armoured Division (1 Armd Div). Au départ, l'unité se déploiera avec le 33 Field Hospital (hôpital de campagne) britannique pour une période d'adaptation, d'entraînement et de familiarisation avec les Instructions permanentes d'opérations britanniques, l'équipement et les protocoles relatifs aux traitements. » Par la suite, « l'unité avancera vers une région appartenant à la Zone administrative divisionnaire (ZAD), où elle opérera comme unité indépendante ou prendra position aux côtés du 32 Field Hospital et travaillera avec lui. Plus tard au cours de la guerre, le 1er HCA pourrait travailler de concert avec le 22 Field Hosp (RU), afin d'assurer un soutien chirurgical mobile à la 7 Armoured Brigade (RU). Cela dit, au cours d'une attaque rapide, un hôpital pourrait progresser en dépassant l'autre, restant ainsi en contact avec la formation de manœuvre et limitant la période d'attente d'un blessé, du moment où il est atteint jusqu'à son arrivée à la première installation chirurgicale. » Une autre possibilité existait aussi, consistant en ce que « 1er HCA pourrait être utilisé en tant qu'installation autonome fournissant un soutien médical et chirurgical à un camp de PG[17] ».

Chacun de ces rôles s'avérera particulièrement difficile, les lacunes du 1er HCA dépassant de loin ses capacités. Parmi ces insuffisances, citons : « une capacité postopératoire réduite de 60 lits », « une absence de capacité pour la gestion des pertes NBC », « un soutien minimum de communications tactiques et non tactiques », « un élément de soutien du service extrêmement réduit », « une absence de force de sécurité », « une mobilité limitée », « pas de capacité collective de protection », et le fait que l'hôpital « ne pouvait pas stocker ou transporter eau et « POL » [Petrol, Oil, and Lubricants ou produits pétroliers, carburants et lubrifiants] en quantités suffisantes pour le fonctionnement d'un hôpital dans un environnement désertique[18] ». De plus, comme le dit l'histoire officielle de la guerre, avec seulement neuf chirurgiens et neuf anesthésistes dans les rangs de la Force régulière du Canada, l'hôpital de campagne « draine d'un seul coup le système médical militaire canadien[19] ».

Quoi qu'il en soit, il fallait que ce genre de problème soit réglé, puisqu'il a été décidé, durant la conférence de planification initiale, que l'unité « formerait la base d'un hôpital de campagne de 100 lits ; serait maintenue dans son rôle d'hôpital chirurgical avancé ; serait autonome

17. *Ibid.*
18. *Ibid.*
19. Jean Morin et Richard Gimblett, *Opération Friction 1990-1991 : Golfe persique : le rôle joué par les forces canadiennes*, Toronto, 1997, p. 246.

en première et deuxième lignes ; compterait sur les ressources britanniques en troisième ligne ; et serait pourvue d'un élément de défense et d'emploi pour assurer la protection et effectuer des tâches de brancardiers. » Le 7 janvier 1991, l'unité fut rebaptisée 1er Hôpital de campagne du Canada avec pour officier commandant le lieutenant-colonel J. Kotlarz, et son déploiement fut autorisé par le gouvernement le 16 dudit mois. Conformément au plan établi avant la guerre « l'unité fut réorganisée sur la base de la structure du personnel permanent et des renforts du 1er HCA. Du personnel provenant de tous les Commandements des Forces canadiennes y fut affecté, et les unités du Commandement de la Force mobile lui fournirent l'équipement. Le total des effectifs de l'unité à déployer, y compris l'élément de soutien national, s'élevait à 535, tous grades confondus », un nombre jamais vu depuis la Deuxième Guerre mondiale[20].

Petawawa fut choisie comme base des préparatifs à l'opération, sans doute parce qu'elle abritait le personnel permanent de l'hôpital de campagne, et tout le personnel essentiel de ce dernier devait y être présent au plus tard le 22 janvier. « L'École de combat, The Royal Canadian Regiment, commandée par le Lcol S. T. Groves, OMM, C.D., fut désignée comme organisme d'entraînement de l'unité. Cela était particulièrement nécessaire parce que la majorité du personnel de renfort n'avait jamais servi dans un hôpital de campagne et la moitié environ n'avait jamais servi dans un environnement terrestre (une autre complication à la situation étant qu'un tiers environ des effectifs de l'unité était formé d'officiers). L'entraînement à l'école de combat se concentra sur le développement des compétences de base du soldat, la vie en campagne, la manipulation d'armes légères, le comportement à adopter en cas de capture, et des exercices de protection individuelle contre les armes NBC[21]. »

La lieutenant Rebecca Gowthorpe évoqua plus tard ce dernier entraînement : « avant le déploiement, nous avons suivi un cours intensif sur les armes nucléaires/biologiques/chimiques parce que les risques d'utilisation d'armes chimiques étaient grands. À la fin de l'entraînement, nous étions capables de mettre et d'enlever les combinaisons de gaz, les gants, les bottes et les masques en quelques secondes. L'entraînement comprenait également le traitement et la décontamination des patients et de leurs blessures dans ce genre de situation, ainsi qu'un entraînement à l'utilisation des armes légères. Chaque membre du personnel reçut un pistolet 9 mm pour sa protection personnelle et celle du patient[22]. » Le

20. DHH 1326-2112, 1 Forward Surgical Hospital Annual Historical Report, 20 Jan 92.
21. *Ibid.*
22. E. A. Landells, *The Military Nurses of Canada : Recollections of Canadian Military Nurses*, White Rok, 1995, p. 522-523.

L'hôpital de campagne pendant la guerre du Golfe, 1991. CIIFC, ISC 91-60-72-2.

déploiement de Gowthorpe et de ses collègues se fit par Halifax et Trenton vers Jubail al Sinaiyah[23].

Comme le lecteur le sait probablement, la guerre terrestre dans le Golfe fut de très courte durée. Pour l'hôpital de campagne, qui avait été formé en janvier, le déploiement total fut arrêté du fait que la guerre a été très courte et, par conséquent, seuls les éléments chirurgicaux furent mis sur pied et rattachés, physiquement, au 32 Fd Hosp. Les rayons X, le laboratoire et deux des salles communes avancèrent sans pour autant prendre position sur le terrain. Le reste de l'unité resta au camp Al Halla (Al Jubayl) pour la durée de la guerre[24]. » Toutefois, « à partir du 26 février, la Division britannique découvrait, au fur et à mesure de son avance, de plus en plus de blessés, pour la plupart des survivants irakiens des bombardements préparatoires à l'offensive terrestre. Ils étaient sales et épuisés avec des blessures non traitées datant de plusieurs jours et présentant déjà des infections suppurantes. Après les premiers soins nécessaires pour les maintenir en vie, ils étaient évacués en grand nombre par ambulance ou hélicoptère vers les hôpitaux de la coalition », où le même niveau de technologie qui leur avait infligé ces blessures était utilisé pour les secourir[25].

Comme l'histoire officielle le rapporta, « les patients sont dirigés vers les sections de réanimation des deux hôpitaux. Dès qu'ils arrivent, ils sont dévêtus de leurs vêtements souillés, fouillés par la garde de faction, leur état est évalué par le médecin de service, puis ils sont dirigés vers

23. DHH 1326-2112, 1 Forward Surgical Hospital Annual Historical Report, 20 Jan 92.
24. *Ibid.*
25. Jean Morin et Richard Gimblett, *op. cit.*, p. 260.

les soins médicaux ou infirmiers. Certains cas nécessitent des radioscopies, des analyses en laboratoires ou des examens par un médecin spécialiste ou un chirurgien. La plupart des blessés n'ont pas mangé depuis plusieurs jours et certains ont été inconscients ou demi-conscients. Des ressortissants du Koweït sélectionnés servent d'interprètes. » En tout, « Des chirurgies sont effectuées dans une proportion d'environ 10 pour cent. Les autres blessés sont pansés, nettoyés, recousus, plâtrés. Dans la plupart des cas, ces mesures simples, accompagnées de bon repas, suffisent pour leur redonner des forces et pouvoir les envoyer sous escorte au camp de prisonniers de guerre britannique... Un petit nombre est évacué vers les hôpitaux de 3e ou de 4e ligne américains ou britanniques[26]. » Cependant, selon Gowthorpe, « on avait raconté aux soldats irakiens des choses horribles sur le traitement qu'ils subiraient de notre part (par exemple, que nous allions les empoisonner, etc.) ; un grand effort d'encouragement devait être fourni pour les traiter et les nourrir, avant qu'ils constatent que nous n'avions pas l'intention de les maltraiter[27]. »

À l'hôpital canadien, « un total de 69 blessés furent traités durant cette guerre de 100 heures. La plupart présentaient des cas compliqués dus à des blessures multiples par balles, ou par des débris de mines, de petites bombes ou de pièges explosifs. Douze interventions chirurgicales majeures ont été effectuées et comprenaient des résections intestinales et l'utilisation d'instruments de fixation externes pour des blessures dangereuses pour les membres. Bien que les équipes chirurgicales ne fussent pas débordées par le nombre élevé des blessés, la complexité des blessures due aux effets des armes modernes avait mis sous stress le nombre limité des équipes chirurgicales[28]. » Un excellent exemple se trouve dans ce récit relaté dans l'histoire officielle du conflit et concernant le cas d'un blessé irakien :

> Il a reçu des éclats d'obus dans la tête, il a eu le nez presque arraché par le souffle d'une explosion ; son bras droit est considérablement déchiré et infecté, et tout le côté droit est criblé de trous de fragments d'obus. Les chirurgiens, le lieutenant-colonel Ian Anderson, la major Barry Armstrong et le chirurgien orthopédiste le major Charles Buckley, aidés par un oto-rhino-laryngologiste du 32e Hôpital, passent neuf heures à nettoyer les plaies et à faire des joints de sutures pour le sauver. On va même jusqu'à ouvrir la boîte crânienne pour enlever le métal et les fragments d'os qui ont pénétré jusqu'à trois centimètres dans les lobes avant droit et gauche de cerveau. Le patient était pourtant conscient et lucide avant l'opération malgré l'infection qui avait eu cinq jours pour se propager. Le soldat irakien avait en effet été laissé pour mort par les siens au

26. *Ibid.*, p. 260.
27. E. A. Landells, *op. cit.*, p. 522.
28. DHH 1326-2112, I Forward Surgical Hospital Annual Historical Report, 20 Jan 92.

Une intervention chirurgicale pendant la guerre du Golfe. CIIFC, 91-60-60-1

> fond d'une tranchée et a été découvert lorsque des troupes britanniques ont inspecté le terrain. Peu ont cru qu'il pourrait s'en tirer, mais les chirurgiens constatent en faisant leur diagnostic que le patient a extrêmement bien résisté à ses blessures, peut-être à cause du froid de la nuit qui peut avoir retardé la putréfaction des plaies.

Le major Buckley visita le patient quelques jours plus tard, et le trouva bien avancé sur la voie de la guérison, bien que l'on doive souligner ici que, dans d'autres circonstances plus pressantes, on aurait amputé son bras droit[29].

La guerre étant terminée, le 32 British Field Hospital plia bagages, et l'unité canadienne prit le relais. Cela ne dura cependant que 24 heures, bien que ce fût « la seule journée où l'hôpital canadien travaille à plein rendement », traitant 83 patients, soit autant qu'au cours de toutes les journées précédentes réunies[30]. L'unité arrêta ses activités le 3 mars, et retourna à Petawawa au début du mois d'avril, le moment étant venu de se pencher sur les leçons apprises au cours des mois précédents. La constatation évidente était que « le déploiement d'une unité du Canada en Arabie Saoudite a représenté une entreprise logistique massive fondée, essentiellement, sur le fait qu'il fallait avoir un degré élevé de mobilité. L'expérience acquise par le service médical militaire confirmerait fortement la nécessité d'une coopération entre le personnel médical de la Force régulière et de la Milice au niveau de la planification et de l'entraînement. Cet effort de coordination aiderait le Service médical des Forces canadiennes à répondre au catastrophes au Canada, aux missions humanitaires à l'étranger ou durant les Opérations de défense du Canada[31]. »

29. Jean Morin et Richard Gimblett, *op. cit.*, p. 260.
30. *Ibid.*, p. 261.
31. DHH 1326-2112, 1 Forward Surgical Hospital Annual Historical Report, 20 Jan 92.

Comme ce fut le cas après la Deuxième Guerre mondiale, le SMFC devait également trouver des réponses aux effets à long terme que les conflits modernes pouvaient avoir sur la santé et, parmi eux, les maladies associées à la guerre du Golfe, plus connues parmi le public sous le nom de Syndrome de la guerre du Golfe. Toutefois, les deux appellations induisent en erreur en quelque sorte, et ne parviennent pas à exprimer l'affreuse complexité de cette affection. Kenneth C. Hyams et d'autres décrivirent la situation médicale telle qu'elle évolua au début des années 1990. « Après la fin de la guerre, les troupes retournèrent au pays et d'anciens combattants de diverses unités militaires des États-Unis, de Grande-Bretagne et du Canada commencèrent à rapporter des symptômes chroniques variés », incluant « fatigue, maux de tête, douleurs musculaires et articulaires, diarrhée, éruptions cutanées, essoufflement et douleurs à la poitrine… ». De même, « des symptômes neurophysiologiques variés ont été communément rapportés — en particulier, troubles de sommeil, perturbation de la concentration, tendance à l'oubli, et dépression ». Des enquêtes ont été lancées et « un examen clinique de plus de 80 000 anciens combattants, ainsi que des enquêtes épidémiologiques initiales ont identifié un large éventail de problèmes de santé, y compris les symptômes du trouble de stress post-traumatique dans 5 à 15 pour cent de certains groupes d'anciens combattants[32]… ». D'autres études montrèrent que des symptômes présents à taux élevé parmi les anciens combattants de la guerre du Golfe répondaient aux critères d'autres diagnostics, tels que le syndrome de fatigue chronique et la sensibilité aux agresseurs chimiques, ces deux dernières conditions provoquant elles-mêmes des malaises tels que la fibromyalgie, le syndrome du côlon irritable et d'autres. En fait, « des maladies semblables à celles dont se plaignent les anciens combattants de la guerre du Golfe sont présentes également chez des civils qui n'ont jamais servi dans les forces armées et n'ont jamais pris part à la guerre du Golfe[33] ».

(Il serait intéressant de rapporter ici, en parallèle aux constatations précédentes, ce qu'un auteur médical nota vers la fin de la Deuxième Guerre mondiale : « le nombre de malades neuropsychiatriques dans la vie civile est aussi plus important en raison du stress de la guerre, et le travailleur qui s'effondre durant son travail peut bénéficier de ces méthodes », celles-ci étant les médicaments et l'hypnose[34]. Comme nous l'avons déjà vu lors de notre étude de la guerre de Corée, le stress psychologique ne se limite pas au combat.)

32. Kenneth C. Hyams *et al.*, « War Syndromes and their Evaluation : From the US Civil War to the Persian Gulf War », *Annals of Internal Medicine*, vol. 125, 1996, p. 402.
33. King's College Gulf War Illness Research Unit, « Ten Years On : What Do We Know About the Gulf War Syndrome ? » c.2001.
34. Morris Fishbein, « Doctors at War », Morris Fishbein, dir., *Doctors at War*, New York, 1995, p. 18-19.

Les résultats des recherches sur la guerre du Golfe représentaient ainsi un nœud gordien forme d'une multitude de cordons, tel qu'il fut décrit par Ben Shephard dans *A War of Nerves* (Guerre de nerfs). « Qu'est-ce qui aurait pu provoquer ces symptômes ? Les suspicions se sont concentrées sur quatre facteurs. » Le premier était l'usage de « munitions à l'uranium enrichi », bien que l'auteur semble s'être trompé, car les Alliés n'ont utilisé que de l'uranium appauvri, de loin moins dangereux pour la santé. Quoi qu'il en soit, « ces munitions ont été utilisées en grandes quantités et ont été manipulées par un grand nombre de militaires... » Le deuxième facteur : « les vaccins administrés aux troupes afin de les protéger des armes chimiques et bactériologiques de Saddam ». En troisième position, venaient « les produits chimiques organo-phosphatés », pour combattre les insectes, « qui furent arrosés, sans compter, dans les alentours durant la campagne... ». Finalement, on soupçonnait « les agents innervants irakiens dans une casemate, que les troupes alliées avaient fait sauter[35] ».

Il ne fallait donc pas s'étonner que les symptômes des maladies soient si différents d'un individu à l'autre, bien qu'« une tendance ne tarda pas à émerger. Les cas qui ont le plus attiré l'attention et qui ont été rapportés par les médias tendaient à être des cas de dégâts neurologiques dus à l'exposition à un produit toxique spécifique, chimique ou biologique ; certains patients étaient malades ou visiblement mourants, d'autres paraissaient avoir transmis des anomalies congénitales à des enfants conçus après la guerre. » Par contre, « les symptômes décrits dans des enquêtes à grande échelle sur les maladies de la guerre du Golfe tendaient à être plus vagues, avec une interprétation qui mettait l'accent sur les facteurs psychophysiologiques. Par exemple, un groupe d'experts désigné par le président Clinton ne trouva aucune preuve que les effets de longue durée rapportés par les anciens combattants pouvaient être causés par une exposition limitée à des produits toxiques, mais plutôt des preuves substantielles sur des effets causés par le "stress" », connu également sous le nom de *shell shock*, épuisement au combat ou réaction de stress de combat[36]. En fait, les quatre facteurs de Shephard sont devenus cinq, et au moment où le présent récit était rédigé, ils étaient déjà plus de trente[37].

Le problème était donc d'une extrême complexité, comme Hyams et ses collègues le notèrent. « Aucun autre rapport médical de maladies inexpliquées parmi les autres troupes de la coalition ou les habitants du golfe Persique n'a jamais été publié. » De même, étant donné la large

35. K.C. Scott à Bill Rawling, 20 Mar 03.
36. Ben Shephard, *A War of Nerves*, Cambridge, 2001, p. 382-383.
37. K.C. Scott à Bill Rawling, 20 Mar 03.

gamme de symptômes, « aucun syndrome nouveau ou unique n'a pu être identifié jusqu'à présent », alors que « les résultats préliminaires des études épidémiologiques de la guerre du golfe Persique n'ont révélé aucune augmentation des taux d'hospitalisation, d'anomalies congénitales ou de morts pour des raisons médicales[38] ». En fait, « depuis la fin de la guerre, le taux de mortalité parmi les anciens combattants américains de la guerre du Golfe était moins dee la moitié de celui noté chez une population civile démographiquement comparable[39] ». Un résultat prévisible, vu que les soldats, les marins et les membres de l'aviation ne sont recrutés que s'ils sont jugés en bonne santé, mais qui reste surprenant vue la couverture médiatique consacrée aux problèmes de santé des vétérans de la guerre du Golfe.

Avancer des causes uniques ne conduisait qu'à la confusion. « À titre d'exemple, le Canada a envoyé trois navires dans le Golfe — deux d'entre eux ont utilisé une prophylaxie à base de pyridostigmine », ou PB, une contre-mesure aux gaz innervants, « et l'un d'eux ne l'a pas utilisée. Pourtant, les taux de maladies étaient les mêmes pour les trois navires. De même, les vétérans danois de la guerre du Golfe présentaient également des taux élevés de symptômes de mauvaise santé, bien qu'ils n'aient participé qu'aux opérations de maintien de paix, une fois le conflit terminé, et aucun d'eux ne reçut de prophylaxie à la pyridostigmine ou des vaccins contre les agents biologiques[40]. » En fait, les équipages des trois navires avaient reçu la contre-mesure, mais seulement entre le 15 et le 18 janvier 1991, et les membres du premier équipage du NCSM *Protecteur*, qui étaient en rotation au pays aux environs de la veille du nouvel An 1990, ne l'avaient pas reçue[41]. La PB est ainsi un exemple concret intéressant, car elle a été désignée à un moment donné comme étant la cause des maladies associées à la guerre du Golfe, mais « l'expérience canadienne… va à l'encontre d'un rôle prédominant de la PB. La PB a été utilisée sur des civils, durant plusieurs années et à des doses plus élevées que celles utilisées pour les forces armées, afin de traiter les troubles hormonaux de la croissance, et dans le traitement de la myasthénie grave, sans aucun effet secondaire apparent. Elle a été utilisée pour le traitement de la fatigue associée au syndrome post-polio, et même si, plus tard, des études ont mis en question son efficacité, elle était sans danger et bien tolérée[42]. »

38. Kenneth C. Hyams *et al.*, *op. cit.*, p. 402.
39. Kenneth C. Hyams *et al.*, « Protecting the Health of United States Military Forces in Afghanistan: Applying Lessons Learned since the Gulf War », *Clinical Infectious Diseases*, no 34, 2002, p. 208.
40. King's College Gulf War Illness Research Unit, *op. cit.*
41. Entrevue avec Colonel Ken Scott, 25 Sep 02.
42. King's College Gulf War Illness Research Unit, *op. cit.*

Au Canada, il n'était guère facile de bien saisir ces maladies, du fait notamment que les symptômes parmi le personnel canadien tardèrent à paraître, n'attirant l'attention des praticiens médicaux militaires qu'en août 1991, lorsqu'un seul vétéran de l'Opération *Friction* fut admis dans une clinique spécialisée dans le traitement de la fatigue chronique et gérée par les Forces canadiennes. À l'automne 1993, dix malades environ souffrant de symptômes similaires avaient reçu un traitement, un nombre qui n'était pas considéré comme anormal, vu qu'à l'époque des dizaines de milliers de personnes portaient l'uniforme. Cependant, avec l'augmentation du nombre de vétérans de la guerre du Golfe se présentant avec des symptômes, il fut décidé, en avril 1995, d'organiser une clinique et un registre à Ottawa, consacrés à leurs problèmes de santé[43]. On avait prévu que le dépistage d'évaluation initial de chaque cas prendra une journée entière, mais la majorité des cas ne nécessitèrent que trois à quatre heures, même si l'un d'eux en prit dix, et un autre pas plus de 60 minutes. « Le but était, comme le Colonel K.C. Cameron relata plus tard, de donner aux anciens combattants tout le temps qu'il fallait pour une évaluation approfondie de leurs plaintes dès la première rencontre. Des consultations et des enquêtes supplémentaires étaient effectuées durant l'hospitalisation ultérieure de deux semaines (la majorité, en fait, étaient admis à l'hôpital, parce qu'ils venaient de l'extérieur d'Ottawa)[44]. »

En décembre 1997, la clinique avait déjà reçu 104 malades. Chacun d'entre eux avait été examiné et avait subi une gamme complète d'analyses, y compris des consultations par des spécialistes. Plus de 90 d'entre eux furent soumis à un examen psychiatrique. Parmi ceux souffrant de symptômes, le groupe le plus important n'avait suscité aucune inquiétude particulière, ses membres ayant été diagnostiqués pour des affections, telles que l'asthme et l'hypertension artérielle, en toutes circonstances prévisibles chez un certain nombre des militaires en service. Le deuxième groupe le plus large était formé de patients souffrant de troubles musculosquelettiques attribués à des accidents ou autres incidents durant la guerre du Golfe. Le troisième groupe, quant à lui, était constitué d'individus souffrant de troubles mentaux, tels que la dépression majeure, les troubles de l'anxiété, le trouble de stress post-traumatique et autres. La clinique d'Ottawa fut donc fermée parce que ces symptômes, indépendamment du groupe chez lequel ils apparaissaient, étaient semblables à ceux ayant apparu à la suite d'autres déploiements, et on estima qu'il était préférable que ces patients consultent les médecins et les spé-

43. Entrevue avec Colonel Ken Scott, 25 Sep 02.
44. K. C. Scott à Bill Rawling, 20 Mar 03.

cialistes travaillant dans les cliniques des forces armées proches de leur lieu de résidence[45].

Comme nous l'avons vu, les causes possibles étaient nombreuses et variées, sachant que plusieurs des premières théories présentées pour les forces armées américaines et britanniques ne s'appliquaient pas aux Canadiens déployés durant la guerre du Golfe. Les Canadiens, à titre d'exemple, ne furent que très peu exposés aux pesticides organo-phosphatiques. La Marine, évidemment, était en mer, et le quartier général canadien se trouvait à Manama, Bahreïn, où aucun poison ne fut utilisé ou, le cas échéant, en quantités minimes, et la mission en général a été menée durant les mois d'hiver, au cours desquels l'activité des insectes était très réduite sinon inexistante et, de ce fait, le recours aux pesticides n'en valait pas la peine. Un autre facteur suspect, l'exposition à des agents innervants à la suite de la destruction du dépôt irakien d'armes chimiques à Khamisiyah, ne pouvait pas non plus expliquer les maladies parmi le personnel canadien : une simulation par ordinateur, faite ultérieurement, montra qu'aucune unité canadienne ne se trouvait dans le périmètre des nuages de particules créés par la démolition[46].

Alors que les anciens combattants de l'Opération *Friction* étaient soumis à des tests et des traitements, et à la suite d'une recommandation, en 1996, du professeur Anthony Miller, le MDN demanda à un organisme externe d'examiner les complexités de « l'expérience de santé des anciens combattants de la guerre du Golfe persique de 1991[47] ». Goss Gilroy Inc., établi à Ottawa, effectua alors un sondage auprès de ceux qui ont servi dans le cadre de l'Opération *Friction*, ainsi qu'auprès d'un échantillon du personnel des forces armées qui, à la même époque, étaient en service ailleurs. Les trois quarts environ de plus de 4500 militaires qui avaient servi dans le Golfe répondirent, bien que, comme l'enquête l'a averti, « une non-réponse de la part des VGG », ou les vétérans de la guerre du Golfe, « pourrait indiquer que ceux qui se sentent en forme n'ont pas pris la peine de répondre », introduisant ainsi un facteur d'erreur. Une autre source possible d'inexactitude était ce qu'on appelle le « biais de rappel », c'est-à-dire qu'un patient pourrait attribuer certains symptômes à un événement qui a eu lieu plusieurs années plus tôt, en raison de souvenirs imprécis, alors qu'en fait la cause se trouvait ailleurs, dans le temps ou l'espace, ou tout simplement ne s'appliquait pas à son cas[48].

Cela étant dit, Goss Gilroy trouva que « les vétérans de la guerre du Golfe ont présenté une prévalence plus élevée de la plupart des états

45. Entrevue avec Colonel Ken Scott, 25 Sep 02.
46. K. C. Scott à Bill Rawling, 20 Mar 03.
47. Goss Gilroy Inc., *Health Study of Canadian Forces Personnel Involved in the 1991 Conflict in the Persian Gulf*, Ottawa, 20 Apr 88, p. 1.
48. *Ibid.*, p. 28.

pathologiques signalés (en comparaison avec les groupes témoin), même après leur correction selon les variables confusionnelles connues[49] ». Bien qu'il faille également prendre en considération la possibilité d'erreurs, mentionnée précédemment, les personnes qui avaient servi dans le cadre de l'Opération *Friction* signalèrent des symptômes à un taux bien plus élevé que ceux qui ont servi, durant la même période, dans d'autres théâtres d'opérations. Ces symptômes étaient relatifs à l'usage de médicaments sur ordonnance, aux maladies respiratoires, notamment l'asthme, au dysfonctionnement cognitif, à la fatigue chronique, à la dépression grave, à la dysphonie chronique (un sentiment de malaise général, à l'opposé de l'euphorie) et à la polysensibilité chimique[50], bien que l'existence même de cette dernière, en tant qu'affection légitime diagnostiquée reste, jusqu'à ce jour, controversée. Ces résultats peuvent être considérés plutôt indicatifs que définitifs, mais dans la science de la médecine, cela est souvent la norme plutôt que l'exception. Le MDN décida alors de continuer le traitement des symptômes, mais il ne considéra pas nécessaire que « ces problèmes étaient attribuables au service dans le Golfe[51] ». Ceux qui quittaient les rangs des forces armées pour cause d'invalidité avaient droit à 75 pour cent de leur salaire « en cas d'invalidité à long terme », et pouvaient poursuivre leurs traitements dans le cadre des régimes provinciaux d'assurance-maladie[52].

De même, selon le colonel Ken Scott, certains « vétérans de la guerre du Golfe reçurent des pensions d'invalidité quand il fut possible de démontrer un lien temporel entre leurs diagnostics médicaux et leur service dans le Golfe. Il n'était pas nécessaire de prouver une causalité[53]. » Finalement, en octobre 1998, les Forces canadiennes conclurent un protocole d'entente avec Anciens combattants Canada, afin que les anciens membres puissent continuer de pouvoir consulter des spécialistes après leur libération du service ou leur départ à la retraite[54]. Cet outil « nous a permis d'examiner des vétérans des Forces canadiennes de n'importe quel déploiement, y compris en Corée. Nous avons décidé de procéder de cette façon parce que nous croyions que les maladies que l'on trouvait chez les anciens combattants de la guerre du Golfe étaient identiques à celles des anciens combattants des autres déploiements canadiens et que nous voulions offrir notre expertise afin d'aider à diagnostiquer et à gérer les cas de ces anciens combattants[55]. »

49. *Ibid.*, p. 7.
50. *Ibid.*, p. 40, 43, 44, 46, 48.
51. Department of National Defence, *Current Status of Gulf War Veterans*, June 1998, BG-98.030.
52. Entrevue avec Colonel Ken Scott, 25 Sep 02.
53. K. C. Scott à Bill Rawling, 20 Mar 03.
54. Entrevue avec Colonel Ken Scott, 25 Sep 02.
55. K. C. Scott à Bill Rawling, 20 Mar 03.

L'Opération *Friction* était, en effet, loin d'être le premier conflit à être suivi par un débat difficile sur la définition des maladies. Après la guerre civile aux États-Unis, par exemple, J. M. DaCosta diagnostiqua un syndrome, prénommé « cœur irritable », dont les symptômes incorporaient essoufflement, palpitations, douleurs aiguës ou brûlantes, particulièrement durant l'effort, maux de tête, diarrhée, vertige et troubles du sommeil, sans qu'il y ait une quelconque lésion apparente ou une maladie sous-jacente[56]. Pour sa part, un groupe de chercheurs ayant planché sur l'expérience britannique identifia l'existence d'une forme de syndrome postcombat, à la suite de la guerre de Crimée et de celle d'Afrique du Sud, des deux guerres mondiales, de la guerre de Corée, de l'*Emergency* de Malaisie, ainsi que de la guerre du Golfe. Des recherches effectuées sur les dossiers médicaux du personnel militaire révélèrent des symptômes appartenant à trois catégories : « un syndrome de débilité, sans symptômes psychologiques ou cognitifs », « un syndrome somatique centré sur le cœur » et « un syndrome neuropsychiatrique accompagné d'une variété de symptômes somatiques associés », le terme « somatique » voulant dire qu'il s'agissait de symptômes de nature physique. Ce qui différenciait une catégorie d'une autre n'était pas vraiment le genre des maladies, mais plutôt les points de vue de la science médicale de chaque époque. Pour cela, « nous suggérons que ce ne sont pas les symptômes qui ont changé, mais la façon dont ils ont été rapportés par les vétérans et interprétés par les médecins[57] ».

Le phénomène ne disparut pas, non plus, avec la guerre du Golfe, « des questions ayant été posées sur les causes des symptômes débilitants parmi les vétérans de déploiements plus récents. Des hypothèses ont été avancées sur l'existence de maladies associées à un déploiement unique, y compris le syndrome des Balkans, le syndrome du Cambodge et le syndrome de la Tchétchénie. » La conclusion fut claire : « par conséquent, on devrait s'attendre à ce que des questions relatives à l'existence de "syndromes de guerre" soient soulevées après chaque mission dangereuse de combat ou de maintien de la paix. La survenance répétitive de symptômes difficiles à expliquer parmi les militaires indique que ces problèmes de santé sont un aspect inhérent à tout déploiement dangereux[58]. »

Pourquoi en était-il ainsi ? Une commission d'enquête chargée d'examiner la possibilité d'une exposition des Canadiens à des contaminants environnementaux en Croatie, un sujet dont on reparlera plus loin, nota que la confrontation et la controverse contribuèrent en fait à l'aug-

56. Kenneth C. Hyams *et al.*, « Protecting the Health… », *op. cit.*, p. 398.
57. Edgar Jones *et al.*, « Post-combat Syndromes from the Boer War to the Gulf War : A Cluster Analysis of their Nature and Attribution », *British Medical Journal*, 9 Feb 02.
58. Kenneth C. Hyams *et al.*, « Protecting the Health… », *op. cit.*, S212.

mentation du nombre des demandes d'indemnités pour cause de maladies dues à la guerre du Golfe. « Il est très difficile d'enquêter sur les effets de l'exposition ambiante sur la santé une fois que le problème a attiré l'attention des médias », constata la commission, ajoutant que « les études sur la guerre du Golfe sont devenues biaisées quand les personnes concernées, en entendant parler de la maladie, ont ensuite commencé à percevoir des symptômes ou à se souvenir d'avoir perçu des symptômes. Des spécialistes ont confié à la Commission qu'il arrive que des personnes se croient atteintes d'une maladie après en avoir entendu parler[59]. » En d'autres termes, la couverture médiatique sous forme de reportages et de documentaires ouvrit les yeux du personnel des Forces canadiennes et des anciens combattants sur la possibilité que tout symptôme dont ils souffriraient, s'ils étaient apparus sur-le-champ ou après la guerre contre l'Irak, pouvait être attribuable à ce conflit.

Plus encore, les anciens combattants ont été bombardés de stress dans les années suivant leur retour, en raison d'histoires de maladies dues à l'exposition à l'uranium appauvri ou à un gaz innervant, qui se serait propagé dans l'air après l'explosion d'une casemate irakienne, ou à des insecticides, ou à la fumée provoquée par les puits de pétrole incendiés, ou au vaccin contre l'anthrax. Des histoires qui se succédèrent à un rythme tel qu'elles ont pu effectivement priver les militaires — et leurs familles — de sommeil et affecter leur bien-être. Comme le suggéra un praticien médical des Forces canadiennes, l'inquiétude, qui s'accompagne, comme nous le savons tous, de véritables symptômes physiques, commence dès le moment où un individu est informé qu'il sera déployé, et pourrait continuer durant les opérations, en raison de la séparation de la famille, ou d'un conflit familial resté sans solution, ou de la dissolution d'un mariage ou d'une relation, ou de toute mauvaise nouvelle provenant de chez soi. Ajouter à cela des années d'avertissements à propos de tel ou tel risque sur la santé ne peut qu'alourdir le fardeau au point de causer une invalidité chez certains individus[60].

En ce qui concerne les unités opérationnelles du SMFC, il restait à savoir si d'autres leçons de la guerre du Golfe pouvaient être mises en pratique avec le retour de l'hôpital de campagne à la routine de paix, telle la série d'exercices Rendez-Vous. À titre d'exemple, « l'unité a été chargée de fournir un soutien médical de troisième ligne à la 1re Division canadienne pour RV 92 à Wainwright, en Alberta. L'unité permanente développa la structure hospitalière nécessaire à l'accomplissement de la tâche et prépara l'unité pour le déploiement. Afin d'assurer un soutien médical de troisième ligne aux 12 000 membres de la Division,

59. MDN, *Rapport final, Commission d'enquête Croatie* (Jan 2000), p. 46.
60. Entrevue avec Colonel Ken Scott, 25 Sep 02.

il a fallu faire appel à des renforts. Les rangs de l'unité passèrent alors de 39 membres à un niveau d'exercice de 153 membres, tous grades confondus. Avec la rotation des spécialistes et d'autres individus choisis, 168 personnes étaient rattachées à l'unité durant RV 92 », tirant ainsi la leçon de RV 85. « L'exercice se déroula entre le 14 avril et le 10 juin, l'hôpital ayant ouvert des postes au 1er mai. La couverture assurée par l'hôpital était, cependant, bien réelle tout au long de l'exercice, puisque ses membres ont examiné au total 1034 patients externes, délivrèrent des médicaments pour 2160 ordonnances, accueillirent 710 malades pour physiothérapie, prirent 591 radiographies et effectuèrent 1318 analyses de différents genres en laboratoire. » Le travail ne manquait pas, surtout que les renforts se sont joints à l'unité pour la durée stricte de l'exercice, et pour cela « il est important de noter que seul le personnel permanent participa aux répétitions effectuées pour tout l'hôpital avant et après l'exercice. Ces exercices incorporaient la majeure partie des tâches de chargement, le déplacement de l'unité en sens aller-retour de Wainwright, l'installation de l'unité, puis son démantèlement[61]. » À cette occasion, en tout cas, cela ne sembla pas être particulièrement difficile à accomplir.

Il en fut de même pour les opérations de paix, car durant la même année au cours de laquelle il effectua le RV 92, l'hôpital de campagne « participa intensément à la préparation du matériel médical destiné à soutenir les unités canadiennes déployées dans l'ex-Yougoslavie et en Somalie ». La première tâche consistait à fournir du matériel à l'Op *Cordon* (en Somalie), rebaptisée plus tard Op *Délivrance*, en soutien au Régiment aéroporté du Canada, « qui reçut un centre chirurgical avancé, composé d'une salle d'opération, d'un laboratoire de campagne, d'un rayon X de campagne et d'une salle commune de 10 lits ». L'hôpital a également organisé « un entrainement de familiarisation pour l'équipe de la salle d'opération utilisant le matériel médical de campagne qui devait être envoyé en Somalie ». Puis, « le 22 septembre, l'unité fut chargée de fournir une installation semblable en soutien au Second Battalion — The Royal Canadian Regiment. Comme pour toute opération majeure, les plans peuvent toujours être amendés. L'officier commandant du 1er Hôpital de campagne du Canada a été chargé de mener une recce (reconnaissance) pour le déploiement. Plusieurs options pouvaient être envisagées, cependant, à la fin, le seul changement apporté à l'installation médicale a été l'ajout de 10 lits. » L'hôpital de campagne n'assura pas, toutefois, du personnel pour les deux opérations, « l'unité en prit ombrage et, après discussion, deux assistants médicaux furent envoyés avec l'Op *Cavalier*[62] », dans l'ex-Yougoslavie.

61 DHH 1326-2112, 1 Canadian Field Hospital Annual Historical Report, 31 Mar 93.
62 *Ibid.*

Services de santé au Cambodge. CIIFC, ISC 92-1121

L'hôpital de campagne n'était pas la seule unité médicale fournissant un soutien aux opérations outre-mer. En 1992, la 2e Ambulance de campagne fut chargée de quatre missions, la première étant l'Opération *Record* pour déterminer la frontière entre l'Irak et le Koweït, pour laquelle l'unité fournit un entrainement prédéploiement en premiers soins et RCR (réanimation cardio-respiratoire) à deux groupes séparés de 45 membres chacun, se préparant pour le déploiement du Contingent canadien de la Mission d'observation des Nations Unies pour l'Irak et le Koweït (ou CCMONUIK). L'unité y affecta également deux adjoints médicaux, l'adjudant-chef G. E. Whelan et le caporal-chef C. T. Moffat, pour une rotation de service allant du 1er avril au 3 juillet. Après vint l'Opération *Harmony*, en ex-Yougoslavie, pour laquelle la 2e Ambulance de campagne fut chargée d'assurer un soutien au Contingent canadien de la Force de protection des Nations Unies en Croatie, en y affectant un adjudant-maître et un sergent adjoint médical, de juillet à octobre. « L'Adjum J. G. Jerome a été affecté au 3e R22eR et le Sgt G. E. Hanson au 4e RGC », ou, respectivement, le 3e bataillon du Royal 22e Régiment et le 4e régiment de Génie du Canada. Une autre tâche concernait l'Opération *Marquis* au Cambodge, pour laquelle la 2e Ambulance de campagne assura un entrainement pré-déploiement en soins intensifs et RCR pour une unité de 200 membres se préparant au déploiement dans le cadre du Contingent canadien de l'Autorité provisoire des Nations Unies au Cambodge. L'unité fut chargée également de fournir deux adjoints médicaux, le maître de 1re classe W. M. Hyatt et le caporal B. P. J. Michaud, pour une rotation au Cambodge à partir du 24 octobre[63].

La dernière tâche à signaler, en 1992, était relative à l'Opération *Délivrance*, en Somalie, dont il sera question plus loin et pour laquelle la « 2e Ambulance de campagne fut chargée d'affecter 20 membres...

63. DHH, Annual Historical Reports, 2104, For Year 1992.

au Régiment aéroporté du Canada (RAC) à partir du mois d'octobre 1992, afin de s'entraîner en préparation au déploiement en Somalie... Durant toute la phase de prédéploiement la 2e Ambulance de campagne assura du personnel pour faire fonctionner le poste sanitaire d'unité du RAC, permettant ainsi au personnel médical du RAC d'effectuer son propre entraînement[64]. » L'unité n'a jamais fait de commentaires au sujet du point de savoir s'il était approprié d'affecter des individus ou de petits groupes à des opérations à l'étranger, bien que l'on doive noter ici, qu'à l'origine, le rôle d'une ambulance de campagne était de travailler en tant qu'ensemble cohérent en soutien à une formation des armes de combat. Quoi qu'il en soit, ce genre de déploiement continua durant les années suivantes, et des adjoints médicaux furent envoyés au Cambodge, en Somalie et en ex-Yougoslavie en 1993, au Rwanda et en ex-Yougoslavie en 1994, et ainsi de suite. En fait, trois opérations eurent lieu dans ce dernier pays : l'Opération *Cavalier*, l'Opération *Harmony* et l'Opération *Mandarin*[65].

De la même façon, la 1re Ambulance de campagne rapporta « qu'il ne fait aucun doute que l'événement le plus significatif de 1992 a été le déploiement de quinze adjoints médicaux de la 1re Ambulance de campagne auprès des opérations de maintien de paix des Nations Unies — Opération *Harmony*. Ce personnel assura un soutien médical au 3e bataillon du Princess Patricia's Canadian Light Infantry, du 1er Régiment de Génie du Canada, et au Groupe de soutien du contingent canadien, Équipe de liaison médicale nationale. Les compétences opérationnelles de notre personnel étaient cruciales pour le succès de l'opération. Cela met en relief la nécessité absolue de maintenir un cadre de personnel qui possède à la fois des compétences médicales et un entraînement pour les opérations en campagne. Tout comme 1991, 1992 fut l'une des années les plus importantes de l'histoire récente de la 1re Ambulance de campagne[66] », mais dès 1994, l'humeur devint un peu plus maussade, l'unité se contentant de signaler qu'« en janvier, 44 membres de l'unité furent rattachés à d'autres unités de brigade pour un entraînement pré-Nations Unies d'une durée de trois mois. Puis ils furent déployés pour six mois auprès de trois opérations différentes[67]. »

En été, l'ambulance de campagne concentra ses efforts sur différentes tâches dans l'ouest du Canada, puis « vers la fin de juillet, un peloton de traitement fut rapidement rassemblé et déployé au Rwanda pour une opération humanitaire[68] », qui a suivi le déchaînement génocidaire dans

64. *Ibid.*
65. DHH, Annual Historical Reports, 2104, For Year 1993 ; 1994.
66. DHH, Annual Historical Reports, 2103, For Year 1992.
67. DHH, Annual Historical Reports, 2103, For Year 1994.
68. *Ibid.*

Traitements donnés à un fermier bosniaque. CIIFC, ISC 92-6027

ce malheureux pays. L'année suivante, l'officier commandant de l'unité, le lieutenant-colonel M. F. Kavanagh, rapporta que « l'événement le plus significatif de 1995 fut la préparation et l'entraînement du personnel de la 1re Ambulance de campagne pour quatre opérations différentes des Nations Unies. L'entraînement pour Op *Cavalier*, Op *Harmony*, Op *Mandarin* et Op *Cobra*, respectivement, a représenté une excellente occasion pour notre personnel d'exercer ses compétences opérationnelles. Bien que toutes ces opérations, à l'exception de l'Op *Mandarin*, furent annulées, l'entraînement prédéploiement ne fut pas effectué en vain, car tout le personnel y a considérablement gagné en compétences médicales et militaires[69]. »

Les opérations à l'étranger dans les années 1990 furent donc plus nombreuses que durant les décennies précédentes. Elles étaient également bien plus dangereuses, l'une d'elles ayant été le théâtre d'une bataille rangée dans la poche de Medac, en Croatie, en 1993. L'expérience du matelot-chef Montgomery Penney, qui a servi dans les rangs du 1er Bataillon, Royal 22e Régiment, à Sarajevo, au cours du printemps 1992, est un excellent exemple des risques encourus durant certains de ces déploiements. Selon une citation archivée pour le Gouverneur général du Canada, « le Matc. Penney a prodigué des soins médicaux d'urgence à trois personnes blessées, dans des circonstances extrêmement dangereuses, à Sarajevo, en Bosnie-Herzégovine, pendant une période de soixante-douze heures, qui a débuté le 14 mai 1992. En dépit des tirs intenses d'artillerie dont leur refuge était la cible, il a stabilisé l'état de deux blessés : un soldat et un homme gravement blessé. À un certain moment, sous la menace continue des obus, il s'est aventuré à l'extérieur et a parcouru cinquante mètres au pas de course pour secourir un homme victime des

69 DHH, Annual Historical Reports, 2103, For Year 1995

tirs d'armes légères ; puis il l'a transporté à l'abri et a soigné ses blessures. » Le matelot-chef Montgomery Penny reçut la Médaille de Bravoure.

Autre exemple, ce récit figurant dans le livre du Service de santé, et vérifié auprès d'un témoin : « En janvier 1995, les habitants les plus vulnérables de Gorazde, une ville de l'est de la Bosnie, couraient de grands risques en raison des combats acharnés entre les résidents musulmans, serbes et croates. Le 31 janvier 1995, le personnel médical des contingents canadien et norvégien de la FORPRONU, la force de protection des Nations Unies, organisèrent un convoi de 18 ambulances blindées pour mettre à l'abri les malades, blessés et personnes âgées fragiles de Gorazde. » Le convoi s'est formé à Sarajevo et, « entre midi et minuit, a effectué le trajet aller-retour de 90 kilomètres à Gorazde en passant par Pale et Rogatica, un itinéraire choisi pour éviter les régions contestées. À Gorazde, où elles sont arrivées alors que la nuit tombait, les ambulances ont embarqué 138 civils musulmans, serbes et croates, souffrant de graves problèmes de santé dus à l'âge, au cancer en phase terminale ou à de récentes blessures par balles. Le trajet fut douloureusement lent et très dangereux ; une tempête de neige aveuglante sévissait, les bas-côtés des routes étaient tapissés de mines et masqués pour faciliter la tâche aux tirs d'embuscade. Le convoi a été arrêté à six reprises, pour des "contrôles d'identification certaines", à des barrages routiers tenus par des soldats armés hostiles envers au moins quelques uns des passagers. À minuit, le convoi arriva sain et sauf à l'hôpital de Sarajevo avec tous ses patients dans un état stable[70]. » Depuis la guerre de Corée, les praticiens médicaux canadiens n'avaient pas fait face à des conditions aussi stressantes durant une opération d'évacuation de patients.

La mission en Somalie en 1992 et 1993, appelée Opération *Délivrance* et mentionnée plus haut, est un autre exemple des défis posés par les opérations outre-mer. Bien que cette opération soit désormais bien connue de l'opinion publique en raison du meurtre d'un adolescent somalien commis par des soldats canadiens, ce sont les aspects médicaux plus routiniers qui présentent un intérêt pour la présente étude. Cette mission est également intéressante en ce qu'elle constitue un exemple du fait que, contrairement aux déploiements au Ghana, en Tanzanie, en Italie, à St-Vincent et dans d'autres régions, les troupes qui ont été envoyées en Somalie ne participaient pas à une mission humanitaire, mais participaient à un déploiement militaire, où le secours ne constituait qu'une des composantes. Les ordres ont été émis à « la Force interarmées du Canada en Somalie d'assurer, en tant que partie de la Force opération-

70. *Service de santé des Forces canadiennes : introduction à son histoire et à son patrimoine*, Ottawa, 2002, p. 69.

nelle multinationale, un environnement sûr pour la distribution des approvisionnements de secours en Somalie », le mot « sûr » faisant référence de manière explicite à l'utilisation des armes afin de compléter la mission.

Par exemple, le NCSM *Preserver*, un navire ravitailleur de 20 000 tonnes, comprenant, entre autres capacités, une installation chirurgicale, non seulement utilisa des hélicoptères pour évacuer les victimes de morsures de serpents, d'accidents de la route et de blessures par balles mais, lors d'un incident en particulier, intervint pour empêcher qu'un caboteur de la Croix-Rouge ne soit attaqué par les membres d'un clan somalien. De plus, les opérations médicales et sanitaires prirent une plus grande envergure grâce à la présence d'équipes d'ingénieurs, qui installèrent des générateurs, des climatiseurs, des machines pour rayons X et divers équipements chirurgicaux à l'hôpital de Médina dans le sud de Mogadiscio. Comme ce fut le cas, plusieurs décennies plus tôt, au Ghana et en Tanzanie, il y avait un aspect missionnaire à la prestation des soins de santé, bien qu'il se soit limité au niveau tactique plutôt que stratégique. Comme l'expliqua le colonel J. L. Labbé, commandant du contingent canadien, afin de pouvoir établir un « environnement sûr », tel qu'il lui fut demandé dans l'ordre de mission, « il fallait d'abord gagner la confiance de la population locale et de ses chefs ». Une des façons de le faire fut d'autoriser à une grande partie des 50 praticiens médicaux du Régiment aéroporté du Canada de faire un travail de bénévolat de plusieurs jours par semaine, à l'hôpital de Belet Uen[71].

Cependant, il fallait réapprendre certaines des leçons des déploiements précédents. Ainsi, on constata que les rations alimentaires que les Canadiens avaient emmenées avec eux pouvaient ne pas être appropriées dans une société islamique. Selon une praticienne médicale déployée en Somalie, « la nourriture pour tout le monde dans le camp se présentait sous la forme de... rations dures dans des "sacs de cuisson". Les Somaliens mangeaient ce que nous préparions, mais il fallait faire attention à tout ce qui pouvait contenir des produits provenant du porc. Avez-vous jamais pensé combien de R[ations] I[ndividuelles] [de] C[ampagne] pouvaient contenir des produits provenant du porc ? Les wieners et fèves au lard, les saucisses et les pommes de terre rissolées, les omelettes au jambon[72]. » En ce qui concerne les rations alimentaires, en tout cas, le Canada était toujours orienté vers l'OTAN et l'Europe occidentale plutôt que vers les autres organisations opérant dans d'autres parties du monde.

71. *In the Line of Duty*, Ottawa, National Defence, 1994, p. 60, 104, 115, 266.
72. E. A. Landells, *The Military Nurses of Canada : Recollections of Canadian Military Nurses*, White Rock, 1995, p. 526, 528.

À ces soucis d'ordre plutôt banal venaient s'ajouter des dangers dont on n'avait pas souvent entendu parler lors des déploiements précédents, les Canadiens en Somalie ayant à travailler au cœur d'une guerre de clans, où presque tout le monde était armé, une situation dont pouvait sans nul doute témoigner le caporal Mario Charette. « Adjoint médical auprès du Régiment aéroporté du Canada en Somalie, le Cpl Charette a pu neutraliser une violente manifestation de citadins armés, rassemblés à l'entrée de l'hôpital de Belet-Uen… le 17 février 1993 », indiqua une citation pour une décoration qu'il a reçue plus tard. L'incident s'était produit alors que « le Cpl Charette assurait seul la garde à l'entrée. La foule s'avançait vers les grilles de l'enceinte. Des coups de feu ont été tirés, et une grenade a explosé pendant que le Cpl Charette demandait des renforts par radio. En dépit de la tension croissante, le Cpl Charette a continué d'envoyer des rapports par radio tout en contrôlant l'identité des manifestants et en les désarmant. Grâce à son intervention, l'hôpital a échappé à une attaque plus grave qui aurait pu coûter la vie à de nombreuses personnes. » Le caporal reçut la médaille de Bravoure en juin 1994.

L'Opération *Délivrance* était un déploiement parmi tant d'autres durant les années 1990, et les unités médicales continuèrent d'affecter, de manière routinière, du personnel et du matériel aux opérations à l'étranger. De ces unités, citons le 1er Hôpital de campagne du Canada. En décembre 1993, par exemple, l'unité fut chargée de fournir le matériel médical et d'autres matériels pour la mise en place d'un Centre chirurgical avancé en soutien à un groupement tactique du Canada (ou CANBAT) ou groupe-bataillon, dans le cadre de l'Opération *Harmony* en Croatie. « L'équipe chirurgicale se présenta, le 12 décembre, à la BFC Petawawa pour un entraînement pré déploiement à l'École de combat du Royal Canadian Regiment. La formation de familiarisation avec le matériel médical fut effectuée le 14 décembre. Tout le matériel et tout le personnel furent déployés avant le 30 décembre, et le 4 janvier l'installation devint totalement opérationnelle. Le matériel pour les deux installations chirurgicales canadiennes dans l'ancienne Yougoslavie fut fourni par le 1er Hôpital de campagne du Canada. » De même, un adjoint médical fut déployé auprès de l'équipe chirurgicale durant la première rotation, et un technicien spécialiste passa 30 jours à mettre en place le système électrique de l'installation. En mars 1994, le personnel permanent de l'unité fournit cinq adjoints médicaux, un technicien de groupes électrogènes de centrales électriques, et un technicien de véhicules pour soutenir les opérations dans les Balkans[73].

73. DHH 1326-2112, 1 Canadian Field Hospital Annual Historical Report, 16 Mar 94.

L'année 1994 fut encore plus chargée, à tel point que « le soutien aux opérations en personnel et en matériel a limité l'entraînement de l'unité à un seul déploiement », lorsqu'en avril-mai l'hôpital de campagne participa à des exercices tenus à Gagetown. Le soutien aux opérations incorporait une unité de soins intensifs et une salle de réanimation pour l'Opération *Lance* au Rwanda, ainsi que le renforcement de la 2e Ambulance de campagne pour l'Opération *Passage*, un déploiement « sans préavis » dans le même pays. « Le matériel fourni comprenait un système de production et de distribution de l'énergie, le système d'éclairage de l'installation et un atelier pour les techniciens du matériel. Cinq membres du personnel, un administrateur de soins de santé, une infirmière, deux assistants médicaux et un électricien, se déployèrent avec l'ambulance de campagne pour cette mission humanitaire de grande valeur. » De plus, comme les déploiements dans l'ex-Yougoslavie restaient des sujets de préoccupation, l'officier commandant et le sergent-major de la compagnie de soins médicaux « furent déployés en Bosnie afin d'identifier le matériel médical clé qui devait être ramené au Canada pour entretien. Le matériel fut réexpédié en Bosnie une fois que le CCA (-) a été réactivé pour la rotation de l'automne[74] », le CCA étant le Centre chirurgical avancé.

La nécessité de fournir ce genre d'installations, en particulier un CCA, fut soulevée lors d'une enquête sur la contribution du Canada aux opérations de maintien de la paix en Croatie. Chargée au départ d'examiner si les soldats de l'Opération *Harmony* avaient été exposés à des contaminants environnementaux, l'enquête jouissait en fait d'un mandat beaucoup plus large, et l'une de ses constatations fut que « les gardiens de la paix canadiens ont fait leur travail sans eau potable, sans fournitures défensives, sans équipement de protection individuel et sans soutien chirurgical avancé ». Ce dernier point présente de l'intérêt pour cette étude, parce que le SMFC avait commencé par soutenir les troupes canadiennes dans l'ex-Yougoslavie, en fournissant un Centre chirurgical avancé, aux effectifs réduits, mais ce centre fut retiré pour un certain temps en 1994. Son absence devint une importante source de préoccupation, la commission notant que « des commandants et des médecins militaires ont témoigné du manque de soutien médical dans le théâtre d'opérations ». Lorsque les équipes chirurgicales avancées furent retirées, « les blessés ont dû être transportés sur une distance considérable par voie terrestre. Il était donc peu probable que les blessés canadiens reçoivent des soins chirurgicaux avancés dans l'heure. Si l'on tient compte de ce qui précède avec le stress occasionné par le travail dans un envi-

74. DHH 1326-2112, 1 Canadian Field Hospital Annual Historical Report, 27 Apr 95.

ronnement à risque élevé, y compris les opérations de déminage et le fait d'être la cible d'obus, cela a provoqué beaucoup d'inquiétude[75] », ce dernier commentaire étant peut-être un peu en deçà de la réalité.

Un autre constat suivait logiquement celui mentionné plus haut. « Dans un environnement opérationnel à risque élevé, il est essentiel que les services médicaux avancés soient immédiatement disponibles. L'équipement et l'instruction d'un médecin militaire de soins généraux sont insuffisants pour maintenir une personne en vie indéfiniment en cas de blessures graves et de pertes de sang importantes. Les soldats, le personnel médical et les commandants étaient énormément préoccupés par le manque d'équipes chirurgicales avancées dans la région de l'opération. Malgré le fait qu'il y avait des installations adéquates à Knin, le transport aérien n'était souvent pas disponible, et le déneigement insuffisant empêchait souvent l'évacuation terrestre[76]. » L'absence d'un centre chirurgical avancé en Bosnie, durant la dernière partie de 1994, n'était donc pas à répéter.

En attendant, dans le cadre de l'hôpital de campagne, le rythme accéléré des opérations s'est accompagné de changements à la fois physiques et doctrinaux. En août 1993, à titre d'exemple, « l'unité a pris possession d'un nouveau système hospitalier de tentes comprenant des tentes gonflables, des climatiseurs, des appareils de chauffage, des générateurs et d'autres pièces de matériel, afin de renforcer la capacité de l'unité à effectuer des interventions chirurgicales en campagne. Le nouveau système permettra à l'unité de créer un endroit de travail stérile, même dans un environnement contaminé. Ce système a été acheté à Scanvent Ltd, une succursale de Trelleborg Industri AB de Suède[77]. » L'année suivante « l'unité a vu son parc, vieux et usé, de camions de 5/4 tonnes remplacé par de nouveaux VSLR », ou Véhicules de soutien logistique à roues, alors que « la capacité médicale de l'unité a été renforcée grâce à l'acquisition de matériel médical d'une valeur de 300 000 $ environ. Six USI », ou unités de soins intensifs, « complètement opérationnelles et quatre aires de réanimation sont en poste à Petawawa. Au total, en comptant le matériel déployé, l'unité a 11 USI et 9 aires de réanimation[78] », ces dernières pour traiter les chocs causés par les hémorragies. Un autre aspect de l'évolution continue de l'unité fut noté en avril 1997, quand on releva que « durant la dernière année, le Service médical des Forces canadiennes (SMFC) a continué sa transition de son rôle de fournisseur de soins de santé quotidiens, en temps de paix et en garnison,

75. MDN, *Rapport final, Commission d'enquête Croatie*, Jan 2000, p. 40.
76. *Ibid.*, p. 40.
77. DHH 1326-2112, 1 Canadian Field Hospital Annual Historical Report, 16 Mar 94.
78. DHH 1326-2112, 1 Canadian Field Hospital Annual Historical Report, 27 Apr 95.

vers celui de fournisseur de soutien médical aux opérations. » De même, le plan d'affaires du chef-Services de santé fut mis en œuvre et comprenait une instruction de tous les détachements du Groupe médical des Forces canadiennes (GMFC)[79]. Ce dernier avait été formé en 1994 en tant que branche organisationnelle et opérationnelle du Service médical des Forces canadiennes, qui devint une institution moins formelle, répondant plutôt aux normes d'un régiment ou d'un corps, et le fait que certains éléments du GMFC soient en entraînement ne pouvait être que pour le mieux.

Comme d'habitude, cependant, il y avait toujours de la place pour les mises en garde. En 1999, le 1er Hôpital de campagne du Canada signala qu'on faisait continuellement appel à lui pour stocker et garder du matériel sans que lui soit donnée l'occasion de se déployer en tant qu'unité entière, comme les autres organisations. « Cela a et aura un impact négatif majeur sur le moral. En tant que solution, deux initiatives ont été mises en place. » D'abord, l'officier commandant de l'unité a fait du lobbying au quartier général, afin de s'assurer que les membres de l'hôpital de campagne aient les occasions de se déployer partout où une opération exige un soutien médical de rôle 3 (ou de 3e ligne). Deuxièmement, l'hôpital « s'est concentré sur son propre entraînement avec des renforts du personnel… Cela a permis à l'unité d'effectuer des exercices pour le personnel de garnison et pour le matériel, à un plus grand niveau, ainsi que d'éprouver le nouveau matériel médical et de campagne. Ces initiatives ont non seulement contribué à rehausser le moral au sein de l'unité, mais ont également accru la base de connaissances du personnel de l'Hôpital de campagne au niveau des besoins durant les déploiements, des connaissances qui, en retour, ont été utilisées afin d'améliorer l'entraînement pré déploiement de l'unité et du personnel du GMFC. De même, l'entraînement soutenu dans le champ a mis en relief les problèmes du matériel associés à un milieu de théâtre d'opérations et a encouragé la prise d'initiatives visant à améliorer "la façon de faire" dans un environnement opérationnel. » Cette même année, de nouveaux plans furent lancés ayant pour but « de réorganiser et d'équiper l'Hôpital de campagne en une installation de 100 lits avec deux CCA et un CCA dédié à la Force de réaction immédiate (Armée) en soutien aux Opérations hors-guerre[80] ». Les expériences de l'unité continuaient ainsi d'être caractérisées par le changement plutôt que par la stagnation.

Et l'unité, aussi bien que le service médical en général, devaient sans cesse œuvrer pour assurer les soins de santé les plus avancés, sachant

79 DHH 1326 2112, 1 Canadian Field Hospital Annual Historical Report, 4 Apr 97.
80 DHH 1326 2112, 1 Canadian Field Hospital Annual Historical Report, 27 Jul 99.

que le défi le plus grand auquel font face les praticiens médicaux est, peut-être, l'esprit humain. Comme nous l'avons vu auparavant, les blessures et les maladies psychologiques représentaient un grand défi, et la situation n'avait pas changé de manière significative depuis 1945. Il existait également une hiérarchie des blessures, qui ne facilitait pas la tâche aux psychologues. Ainsi, durant la Première Guerre mondiale, un soldat souffrant d'une dépression mentale à la suite d'une explosion était considéré blessé et, de ce fait, pouvait porter un galon de blessé sur son uniforme, mais il n'avait pas le droit de le faire si la maladie psychologique ne s'était pas déclenchée à la suite d'une explosion[81]. De même, au moment de la rédaction de ce récit, une politique suivie au sein des forces armées canadiennes permet au militaire qui le veut de porter ce galon s'il a été blessé par arme durant une opération. Par contre, un militaire qui a subi une résection de l'intestin en raison d'une infection aiguë, ou qui a développé une maladie mentale, n'avait pas le droit de le faire. La blessure psychologique n'était peut-être pas déshonorante, mais elle continuait quand même à être considérée moins digne de reconnaissance.

Cependant, la même commission d'enquête qui avait décidé que les soldats canadiens participant à une opération avaient besoin de soins chirurgicaux appropriés avait également conclu que le stress pouvait bien être un facteur affectant leur santé. Comme le nota l'historien Allan English, ce constat n'a rien de nouveau, puisque « l'expérience israélienne moderne fait écho à l'expérience des Alliés durant la Deuxième Guerre mondiale. Durant les premiers jours catastrophiques de la guerre du Yom Kippour en octobre 1973, les Forces israéliennes de défense (IDF) rapportèrent que la réaction de stress de combat (RSC) était la cause de 60 pour cent du total. Dès que les forces israéliennes ont repris la situation en main dans le conflit, le taux des pertes RSC a chuté à 30 pour cent du total des pertes. Durant le conflit du Liban, en 1982, avec les premiers succès israéliens et la conviction que leur cause était juste, les IDF ne subirent que très peu de pertes RSC. Cependant, quand l'avancée israélienne commença à trébucher et que des doutes surgirent quant à la droiture morale de l'action israélienne, des pertes RSC atteignant 23 pour cent du total des pertes furent reportées[82]. »

La référence à des guerres antérieures était significative, la commission concluant que « la nature des opérations de maintien de la paix a évolué depuis ses débuts, peu après la fin de la Deuxième Guerre mondiale. À l'époque de la Guerre froide, les missions "classiques" de main-

81. Ben Shephard, *op. cit.*, p. 29.
82. Allan D. English, « Historical and Contemporary Interpretations of Combat Stress Reaction », *Board of Inquiry Croatia*, DND, 2000, p. 16.

tien de la paix consistaient à placer une force neutre entre deux ennemis potentiels ou anciens ennemis. Un cessez-le-feu précédait généralement le déploiement. » Cependant, à la suite de l'effondrement du pacte de Varsovie, « le concept du maintien de la paix s'est élargi de manière à comprendre les opérations de rétablissement de la paix et l'aide humanitaire », telle que l'Opération *Harmony*. En Croatie, « des postulats militaires établis de longue date sont vite devenus désuets, alors que changeaient les conditions relatives aux missions... un grand nombre des soldats qui ont servi en Croatie sont des gardiens de la paix chevronnés. Malgré cela, peu d'entre eux avaient auparavant fait face à des conditions comparables à celles prévalant dans le Secteur sud », partie centrale de la zone côtière de la Croatie. En fait, « jamais les anciens combattants de l'Opération *Harmony* n'avaient eu à faire face à un rythme et à une intensité comparables depuis la guerre de Corée. Un grand nombre d'entre eux vivaient dans des conditions de combat continuel dans le Secteur sud. Ils ont fréquemment été pris dans les tirs croisés entre les Croates et les Serbes et sont, à l'occasion, devenus la cible de ces tirs lorsque l'un ou l'autre des camps ennemis faisait feu sur les positions canadiennes. » Ils ont été également « témoins d'atrocités terribles. Rien dans leur instruction ne pouvait les préparer mentalement de façon adéquate aux horreurs qu'ils ont vues et aux misères qu'ils ont dû endurer[83]. »

Un constat s'imposait donc : « il est fortement probable » que certains des symptômes dont souffrent les vétérans de ce déploiement « sont en partie dus au très haut niveau de stress chronique vécu pendant l'opération ». En fait, « plusieurs soldats ont déclaré avoir été diagnostiqué avec des symptômes du Syndrome de stress posttraumatique ou SSPT. La Commission a également entendu de nombreux soldats qui ont souffert de ce qui semble être des malaises liés au stress. La Commission en est arrivée à la conclusion inévitable que les problèmes de santé de nombreux soldats sont liés aux expériences et aux conditions horribles sur le théâtre des opérations. La Commission ne peut pas fermer les yeux sur le lien entre le service en Croatie et les problèmes que nous avons observés. Étant donné l'intensité et la férocité des conflits d'aujourd'hui, il est essentiel de déterminer les effets d'une exposition au stress et de prendre les mesures nécessaires à cet égard[84]. »

En fait, les forces armées canadiennes avaient déjà mis en place des Centres de soutien pour trauma et stress opérationnels (CSTSO) à Esquimalt, Edmonton, Ottawa, Valcartier et Halifax en 1999[85]. Et les Canadiens n'étaient pas les seuls, non plus, à reconnaître les effets du stress

83. MDN, *Rapport final. Commission d'enquête Croatie*, Jan 2000, p. 4.
84. *Ibid.*, p. 3-4.
85. Canada, Ministère de la Défense nationale, CANFORGEN 003/02, 25 Jan 02.

durant les opérations de maintien de la paix, un livre écrit par Wendy Holden relevant, en 1998, que les forces britanniques « font face actuellement à de nouvelles demandes difficiles et à des pressions uniques dans leur rôle au sein de la force du maintien de la paix des Nations Unies, et sont envoyées dans des endroits tels que la Bosnie et la Somalie, des pays ravagés par des conflits séculaires ou par la famine, où elles sont attaquées mais incapables de riposter, ou de bien défendre ceux qu'elles sont censées secourir. Une bonne guerre, d'un point de vue psychiatrique, est une guerre courte, avec un ennemi bien défini, des objectifs et des attentes clairs. Le maintien de la paix est souvent l'antithèse de tout cela : les hommes sont souvent témoins d'atrocités et ne peuvent pas intervenir. » Certains soldats « quand ils se retrouvent face à l'inimaginable flanchent[86] ».

En ce qui concerne le traitement, Allan English expliqua qu'un expert israélien, Shabtai Noy, suggérait « le retour à l'unité comme étant l'essence d'un "coping actif" pour un régime de traitement RSC. Cela permet aux victimes de voir que les signes de leur trauma sont temporaires et représentent une réaction normale à une situation extrême. » English ajouta que Noy mettait aussi en garde contre « la perception de la réaction posttraumatique comme étant une maladie, ce qui augmenterait la possibilité que les soldats se sentiraient continuellement traumatisés ou impuissants, et peut mener à un SSPT chronique ». Plus encore, il suggérait que « l'abréaction (lorsque la victime refait l'expérience du traumatisme par des rêves, des pensées, des images et des sensations) est une réaction normale au trauma, fait partie du processus de rétablissement et devrait être encouragée. » Noy notait que « le régime avancé de traitement adopté actuellement comme doctrine par la plupart des forces armées occidentales met l'accent sur la remise du soldat en état de fonctionner et son retour à son unité le plus tôt possible. Ce régime de traitement est basé sur l'hypothèse que l'abréaction et le soutien social seront assurés au niveau de l'unité dès le retour du soldat à son service[87]. »

En conclusion, le médecin israélien insistait sur le fait « que la prévention de la RSC par la sélection est généralement vouée à l'échec parce qu'il n'existe pas un facteur unique qui distinguerait une victime potentielle de RSC des autres individus qui ne le seront pas, et que l'immunisation contre le stress a des effets très limités. Il nous rappelle ici que la force du leadership et la cohésion de l'unité sont les seuls facteurs "au mérite prouvé" dans la réduction du nombre des pertes RSC[88]. » Il faudrait noter ici que, durant la Deuxième Guerre mondiale, l'Armée cana-

86. Wendy Holden, *Shell Shock*, London, 1998, p. 171.
87. Allan D. English, « Historical and Contemporary... », *op. cit.*
88. *Ibid.*

dienne avait mis en place, en Italie, des Compagnies d'emploi spéciales, afin d'empêcher que les symptômes des soldats souffrant d'épuisement au combat ne deviennent chroniques en raison de l'évacuation et, de ce fait, le concept de traitement à proximité du front n'est pas nouveau. Il s'agissait là, cependant, d'une leçon que l'on réapprenait dans les années 1990, à une période où les soldats canadiens participaient à des opérations dont l'intensité augmentait sans cesse.

Cependant, les soldats sur le terrain, y compris les praticiens médicaux, ne pouvaient pas toujours s'offrir le luxe d'attendre les résultats des travaux des commissions d'enquête pour mettre leurs compétences à l'œuvre. C'est ainsi que, pendant que les experts témoignaient et que la Commission d'enquête sur la Croatie préparait ses recommandations, le Service médical des Forces canadiennes continuait de remplir son mandat opérationnel. Pour cela, il lui fallait la collaboration de milliers de personnes. Dans une présentation devant l'Association des infirmières et infirmiers militaires, la Colonel Marielle Gagné releva que les Forces canadiennes, qui comptent moins de 75 000 membres dans la Force régulière et 34 500 membres environ dans la Réserve primaire, comprenaient 2728 membres du Service médical des FC : 1043 officiers et 1685 soldats. Parmi les officiers, on comptait 348 médecins, 370 infirmiers et infirmières, 143 administrateurs de soins de santé, les 185 restants étant des pharmaciens, physiothérapeutes, travailleurs sociaux et différents collaborateurs médicaux (spécialisés en travaux de laboratoire, radiographie, biosciences et médecine préventive). Parmi les soldats, on retrouvait 1375 adjoints médicaux et 310 spécialistes de salle d'opérations, de laboratoire, de radiologie, de médecine préventive ou de médecine aéronautique[89].

En plus du personnel, il fallait s'occuper du matériel. Selon le Dépôt central de matériel médical, en 1991 : « Cette année fut de loin la plus chargée dans l'histoire du DCMM en ce qui concerne le matériel fourni, assemblé et expédié pour les différentes opérations. De plus, pour la première fois dans son histoire, quatre membres de notre personnel participèrent à un effort de guerre », plus précisément à l'Opération *Friction*. Du matériel médical fut fourni aux Forces canadiennes un peu partout dans le monde, pour l'Opération *Record* au Koweït, l'Opération *Assist* à la frontière entre la Turquie et l'Irak, l'Opération *Pastel* en Angola, l'Opération *Noble Lion*, un exercice à Gagetown, l'Opération *Bolster* dans l'ancienne Yougoslavie, l'Opération *Preserver* à Djibouti, l'Opération *Plyton* dans le Sahara occidental, l'Opération *Hugo* aux

89. Col Marielle Gagné, Address to Nursing Sisters Association, 10 Jun 94, dans E. A. Landells, *op. cit.*, p. 538.

Caraïbes, l'Opération *Forum* en Irak. Un autre exemple fut l'Opération *Marquis*, au Cambodge, pour laquelle le dépôt livra, entre autres, des vaccins et des répulsifs d'insectes[90].

Des membres du personnel du Dépôt central de matériel médical participèrent par la suite à un autre déploiement outre-mer, l'Opération *Cavalier* dans l'ex-Yougoslavie, au cours de laquelle trois membres de l'unité formèrent un PMED (acronyme anglais généralement utilisé pour Médecine préventive mais tenant lieu ici, plus probablement, de Principal Medical Equipment Depot, ou Dépôt principal de matériel médical). « Encore une fois, le DCMM fut exceptionnellement occupé tout au long de l'année avec sa participation aux déploiements opérationnels de matériel médical en soutien aux opérations de l'ONU[91] », rapporta l'unité, bien qu'elle aurait pu se passer du mot « exceptionnellement », ce rythme de travail n'étant plus exceptionnel. La concentration des efforts sur le soutien des opérations en ex-Yougoslavie ne l'était pas non plus, le dépôt central expédiant du matériel à un DAMM, ou Dépôt avancé de matériel médical, à Daruvar, en Croatie, qui, à son tour, était responsable de s'assurer que les deux CANBATs, ou groupements tactiques canadiens, possédaient le matériel médical dont ils avaient besoin pour leurs opérations. Ce genre de soutien s'intensifia en décembre 1993 lorsque le centre chirurgical avancé, déjà mentionné, fut déployé auprès du CANBAT 1, et que le dépôt central prépara des trousses de laboratoire et de radiographie, ainsi que des quantités supplémentaires de matériel médical. « L'ONU a mis en place un Point d'approvisionnement médical (PAM) ; cependant, le PAM est faible en réserves et ne stocke pas les articles qui sont spécifiques aux FC, et le service est extrêmement lent ; pour cela, l'approvisionnement en matériel médical en provenance du Canada continue d'être une activité de soutien importante[92]. »

Empiler, arranger et expédier le matériel était ainsi un défi, et non des moindres. En 1994, « les envois hebdomadaires de sang sont toujours fournis par la Croix-Rouge canadienne à Toronto et expédiés par vols commerciaux ou par les vols du service à Split, pour les distribuer aux deux centres chirurgicaux des CANBAT I et II. Le Centre chirurgical avancé à CANBAT I a été fermé provisoirement entre avril 1994 et décembre 1995. » (En fait, le centre ferma seulement jusqu'en décembre 1994, une période trop longue, quand même, aux yeux de ceux qui se trouvaient sur le terrain, comme nous l'avons vu dans le cadre de notre examen de la Commission d'enquête sur la Croatie.) Durant cette

90. DHH 1326-1910, Central Medical Equipment Depot, Annual Historical Report, 25 Mar 92.
91. DHH 1326-1910, Central Medical Equipment Depot, Annual Historical Report, 20 Apr 93.
92. DHH 1326-1910, Central Medical Equipment Depot, Annual Historical Report, 22 Jun 94.

période de fermeture, « le matériel et les provisions destinés à ce CCA restaient stockés au DAMM à Primosten. Le DAMM continua à éprouver des difficultés à établir des sources d'approvisionnement pour les besoins canadiens à partir du Point d'approvisionnement médical de l'ONU et, à un moment donné, tout remboursement par l'ONU des stocks médicaux cessa durant deux mois (jan-fév 1995). »

L'engagement du Canada dans de telles opérations n'était pas stable. Pendant que le dépôt central tentait de résoudre les problèmes en ex-Yougoslavie, l'Opération *Passage* fut lancée. « La 2e Ambulance de campagne se déploya au Rwanda pour une mission humanitaire de 60 jours, afin de secourir les réfugiés. Ce déploiement mit le DCMM face à deux défis importants : le DCMM avait une seule semaine pour préparer les entrepôts en vue de cette opération, et les besoins en matériel médical étaient uniques en raison des patients civils et des problèmes de santé des réfugiés. En conjugaison avec la 2e Ambulance de campagne, le DCMM prépara des listes de provisions, y compris de grandes quantités de solutions intraveineuses, de poudre de réhydratation orale, d'antibiotiques, de désinfectants et de produits pédiatriques. Le rapport post-opérationnel nota que le réapprovisionnement était problématique et que les grandes quantités de réserves mentionnées plus haut se sont avérées non nécessaires, les patients étant en meilleure sante que prévu, étant donné que les autres organisations de secours avaient déjà aidé les personnes gravement malades[93]. »

L'expérience des Dépôts régionaux de matériel médical fut, en plusieurs points, similaire, même si l'attention du dépôt de Debert, au début des années 1990, était tournée davantage vers la réorganisation du quartier général du service médical et les modifications des instructions administratives qui en ont découlé, que vers le rythme des opérations. En avril 1991, le Service des hôpitaux et des dépôts de matériel médical des Forces canadiennes demanda à Debert d'assurer, autant que possible, l'approvisionnement local. « Cela augmenta grandement la charge de travail de la Section de l'approvisionnement, mais résulta en une amélioration du service à nos unités usagers[94] », rapporta le DRMM.

Si l'achat de provisions sur le marché local n'était pas suffisant pour garder le personnel de l'unité occupé, « une grande partie des efforts du personnel des entrepôts du DRMM fut consacrée à inspecter, enquêter, rectifier et alerter les autres dépôts médicaux sur les dangers sérieux qui ont été découverts en ce qui concerne le stockage du matériel des Services d'urgences de santé (SUS). Cette découverte fut faite lors

93. DHH 1326-1910, Central Medical Equipment Depot, Annual Historical Report, 31 May 95.
94. DHH 1326-1211, Regional Medical Equipment Depot Debert, Annual Historical Report, 27 Jul 92.

d'une inspection de routine des matières chimiques dangereuses qui attendaient d'être détruites, lorsqu'on remarqua une fuite provenant de vieilles réserves d'éther. Les experts d'Environnement Canada nous alertèrent sur le sérieux danger d'explosion que représentaient ces vieilles réserves d'éther. Cela déclencha une longue bataille administrative, afin de s'assurer que les SUS assumeront la responsabilité de détruire leur matériel. » Les Forces canadiennes voulaient bien stocker du matériel destiné aux SUS, pour Santé Canada, mais n'avaient aucunement l'intention d'assumer les frais de sa destruction, dès qu'il s'est avéré dangereux. Pire encore, « lors d'une inspection de routine des trousses SUS en voie de préparation pour envoi, on constata des fuites dans plusieurs contenants chimiques, et que des matières chimiques inflammables et explosives étaient stockées dans le même contenant. Toutes les trousses SUS furent inspectées et leur contenu réexaminé selon les fiches signalétiques de sécurité des produits disponibles. » Le quartier général et les autres dépôts furent alertés[95].

Durant les années qui suivirent, l'unité continua de soutenir les navires, les unités de la Milice et les opérations à l'étranger, et en 1993 « une unité rayons X de campagne stationnée à HFC Halifax reçut un ordre urgent de se rendre en Bosnie en soutien à l'Op *Cavalier*, après inspection et ramassage des bagages ». De même, « du matériel et des provisions de salle d'opération furent déterminés, sélectionnés, empaquetés et expédiés au NCSM *Preserver* à court préavis en soutien à l'Op *Sharp Guard* » dans l'Adriatique, qui devait veiller au respect des sanctions imposées sur la Yougoslavie. En plus, « des trousses préemballées pour réfugiés on été assemblées et expédiées à bord du NCSM *Preserver* en soutien à cette même opération », et « des provisions médicales supplémentaires furent envoyées à bord des NCSM *Fraser* et *Gatineau* », pour soutenir leurs opérations de routine et leur entraînement[96].

Puis vint le tour de l'Opération *Phoenix*, un examen en 1995 des services médicaux avec, en toile de fond, des coupes budgétaires draconiennes. « Ce rapport a mis en relief des initiatives majeures qui auront un impact sur la totalité du champ d'activité de l'approvisionnement médical au sein des Forces canadiennes. » Comme le relata le Dépôt central de matériel médical, « parmi les éléments clés de ce plan figure l'emphase mise sur le soutien opérationnel et l'exploration de la diversification des modes de prestation des services (DMPS) », par exemple, par des contrats civils. « Alors que l'année civile touchait à sa fin, l'étude était bien avancée dans la détermination des méthodes les plus efficaces pour

95. *Ibid.*
96. DHH 1326-1211, Regional Medical Equipment Depot Debert, Annual Historical Report, 15 Feb 94.

la mise en œuvre des recommandations de l'Op *Phœnix* relatives à l'approvisionnement médical... La restructuration du dépôt commença cette année-là en bonne et due forme alors que l'on se rendait compte que la mise en place du CAMMS [Logiciel de gestion du matériel] et un personnel plus réduit des Forces avaient considérablement amoindri la charge de travail du dépôt. Par conséquent, un examen de nos services fut effectué et identifia sept postes de civils et seize à dix-huit de militaires comme étant superflus. Un plan officiel pour la mise en œuvre de ces coupures au cours des deux prochaines années fut présenté. » Neuf civils, « dont quelques-uns qui travaillaient au dépôt depuis son ouverture en 1961 », choisirent de partir[97].

Quant à la diversification des modes de prestation des services, « la DMPS, du point de vue de l'approvisionnement médical, permettra aux hôpitaux de base de s'approvisionner directement auprès du producteur, ce qui éliminera le besoin de se réapprovisionner par le biais du le DCMM. Le DCMM restera le point de contrôle et de traitement mais ne fournira pas leurs besoins aux unités. Comme cela est le cas depuis toujours, le DCMM continuera d'être le point central du soutien aux opérations. La fermeture annoncée des détachements du DCMM à Debert et à Calgary », qu'on appelait jusqu'à récemment Dépôts régionaux de matériel médical, « a nécessité l'identification d'une option de diversification des modes de prestation des services, afin d'assurer des services d'approvisionnement médical à ces régions, qui étaient précédemment desservies par Debert et Calgary[98]. »

La situation se développa rapidement, et le « DCMM lança des plans consistant à recourir à une troisième partie, un grossiste médical civil, pour fournir des provisions médicales en garnison en temps de paix. En octobre 1996, Northwest Drug Ltd d'Edmonton, en Alberta, fut choisi comme "premier fournisseur" du Système des dépôts de matériel médical des Forces canadiennes. Un contrat d'un an fut adjugé... afin de fournir aux unités des FC dans les régions Ouest et Est une liste de provisions médicales consommables. » Par la même occasion, le « DCMM reçut des instructions lui demandant d'accorder une attention particulière aux besoins en provisions médicales des navires CSM, qui sont souvent uniques. Alors, le DCMM... mit au point des plans et entama une action pour établir des Points d'approvisionnement médicaux (PAM) aux BFC Esquimalt et Halifax. Les PAM seront opérés et complètement fonctionnels en mai 1997 ou à peu près. C'est alors que toutes les demandes des navires CSM en provisions médicales seront traitées et exécutées par le personnel du PAM. Le personnel du PAM devra

97. DHH 1326-1910, Central Medical Equipment Depot, Annual Historical Report, 26 Mar 96.
98. *Ibid.*

recourir à la DMPS, le DCMM et la CAP [Commande d'achat sur place], afin de satisfaire les besoins des navires CSM[99]. »

En plus de ce qui précède, il fallait assurer un soutien aux diverses opérations des Forces canadiennes à travers le monde, ce qui nécessitait une planification importante et une réflexion prospective. Si, en effet, la logistique est l'art de l'anticipation, alors on peut considérer l'Opération de contingence *Cobra* comme étant une excellente illustration de ce principe. Au début de 1996, le dépôt central rapporta que « le but de ce plan était d'assurer un soutien et un réapprovisionnement médicaux durant le dégagement militaire des troupes de l'ONU de l'ancienne République de Yougoslavie. Bien que le POC *Cobra* fut finalement abandonné en novembre 1995, le DCMM avait préparé 55 contenants... de provisions et de matériel médicaux en soutien à cette opération. » En plus des provisions, six membres du dépôt effectuèrent un entraînement au combat à la BFC Valcartier, entre le 30 juin et le 15 juillet. « Les paquets destinées au POC *Cobra* furent stockés au DCMM et déployés en soutien à l'Op *Alliance* (Bosnie) vers la fin de 1995[100]. »

D'autres opérations similaires suivirent la publication du Livre blanc de 1994 sur la Défense, qui conféra aux Forces canadiennes un rôle humanitaire. « C'est ainsi qu'en novembre 1995, des plans ont été échafaudés pour créer une Équipe d'intervention en cas de catastrophes (DART) composée d'éléments variés de soutien, y compris une composante de traitement médical... Alors que l'année approchait de sa fin, le DCMM participa aux différentes étapes de la planification et on cerna des besoins uniques, tels que l'obstétrique, la pédiatrie, etc. La coordination avec l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) commença, et la planification pour le stockage et le déploiement immédiat de cinq conteneurs maritimes chargés de provisions médicales allait bon train. » Il faudrait noter ici que le monde n'a pas arrêté de bouger en attendant l'achèvement de la planification et, tandis que les démarches déjà mentionnées s'effectuaient, le dépôt travailla en soutien à l'Opération *Hurricane*, « pour laquelle le DCMM prépara et garda en attente une trousse spécialisée, afin de pouvoir répondre à l'appel d'aide humanitaire de pays ravagés par de violentes tempêtes tropicales[101] ».

Quelqu'un aurait pu faire valoir que les conditions atmosphériques au Canada pouvaient aussi être dures, du moins de temps en temps, un fait qui occupa le devant de la scène lorsque le verglas s'abattit sur certaines parties du Québec et de l'Ontario. Selon le dépôt, « en janvier 1998, des formations de verglas provoquèrent des coupures du courant

99. DHH 1326-1910, Central Medical Equipment Depot, Annual Historical Report, 1 Apr 97.
100. DHH 1326-1910, Central Medical Equipment Depot, Annual Historical Report, 26 Mar 96.
101. DHH 1326-1910, Central Medical Equipment Depot, Annual Historical Report, 26 Mar 96.

électrique importantes et sur une grande échelle pour des milliers de personnel [c.-à-d. les civils] en Ontario et au Québec. Afin de contribuer aux opérations d'aide à ces personnes, le DCMM fut chargé de préparer, charger et expédier de grandes quantités de provisions médicales des Services d'urgences de santé entreposées dans notre dépôt. Durant la seule journée du 8 janvier, le personnel du DCMM a mis en place une importante chaîne de production pour déballer, palettiser, et puis charger plus de 3000 lits pliables. Cette chaîne fut mise en place à 13 h et sa tâche fut accomplie à 23 h. Ces lits ont été alors expédiés aux endroits où ils étaient requis, à l'aide de six semi-remorques pleines. Au cours des jours suivants, le personnel du DCMM fournit également plus de 27 000 couvertures, des milliers de civières et un grand nombre de générateurs... Le personnel du DCMM a souvent accompli ces tâches à court délai et à toute heure du jour et de la nuit. Après le verglas, toutes les provisions SUS furent renvoyées au DCMM, et un effort considérable a été déployé afin de faire le décompte de ces provisions et de les restocker[102]. » Ainsi donc, au Dépôt central de matériel médical, les urgences, même de grande envergure, faisaient dorénavant partie de la routine.

La logistique était apparemment bien en ordre au SMFC, mais en ce qui concerne l'autre bout de la chaîne, c'est-à-dire l'organisation opérationnelle, la période de l'après-Guerre froide, caractérisée par l'incertitude quant aux tâches qui pourraient être exigées des praticiens médicaux, nécessitait une grande flexibilité de la part des différentes unités. Pour cela, l'Équipe d'intervention en cas de catastrophe, ou DART, fut ajoutée, au milieu des années 1990, à l'Ambulance de campagne, vieille d'un siècle, et à l'Hôpital de campagne, datant de 1969. Le rôle de la nouvelle unité fut « de mener des opérations internationales humanitaires de secours. La DART est destinée à se déployer partout dans le monde dans un délai de 48 heures », après réception d'un ordre du SCEMD, ou sous-chef d'état-major de la Défense. « La durée du déploiement est basée sur un cycle de service de 90 jours de l'activation... à l'achèvement » de la mission. Tout comme l'Hôpital de campagne, l'équipe d'intervention comptait sur un personnel venant d'autres unités afin de compléter ses besoins en personnel d'opérations, la 2e Ambulance de campagne, à titre d'exemple, étant chargée de fournir un peloton renforcé à l'organisation. L'unité était également responsable de fournir une section à une Unité d'intervention internationale (UII), qui « se déploiera n'importe où dans le monde dans un délai de 48 heures après réception des ordres du SCEMD. L'UII constitue un engagement d'une durée d'un an commençant en février 1996[103]. »

102. DHH 1326-1910, Central Medical Equipment Depot, Annual Historical Report, 3 May 99.
103. DHH, Annual Historical Reports, 2104, For Year 1996.

Pour ses provisions, la DART comptait sur le Dépôt central de matériel médical. En 1998, par exemple, « le DCMM continua de garder toutes les provisions en soutien à l'Équipe d'intervention en cas de catastrophe (DART) dans un état de préparation élevée. Les provisions médicales DART pour les premiers sept jours étaient préparées et comprenaient des articles périssables, afin de pouvoir respecter un préavis de transport de 12 heures... les provisions médicales pour une deuxième période de sept jours ont été également assemblées et gardées dans notre dépôt. » Par exemple,

> en novembre 1998, la dévastation causée en Amérique centrale par l'ouragan Mitch a mené au premier déploiement de la DART. En tant que partie prenante de l'Op *Central*, le personnel du DCMM finalisa la préparation des provisions médicales DART pour les premiers sept jours et, quatre heures après la réception de la demande de livraison du matériel, toutes les provisions étaient attachées à 80 palettes et chargées dans deux camions gros porteurs, prêtes à être expédiées à bord d'un avion en attente à la 8e Escadre de Trenton. Durant les jours suivants, le DCMM a également commandé, reçu et déchargé les provisions médicales périssables, afin de compléter les provisions DART de la deuxième période de sept jours. Une fois requises, ces provisions médicales supplémentaires ont été envoyées à Trenton pour acheminement immédiat à la DART se trouvant au Honduras. Durant le reste de l'Op *Central*, le DCMM a livré un grand nombre de cargaisons BOI [Besoin opérationnel immédiat] de provisions médicales, afin de répondre aux besoins uniques, sur le terrain du peloton médical DART[104].

Lorsque l'Équipe d'intervention en cas de catastrophe se redéploya durant la période de Noël, « tout le personnel du DCMM travailla dur pour s'assurer que les provisions médicales et le matériel étaient disponibles afin de permettre une reconstitution rapide. En plus des efforts de groupe... il faudrait noter que le matelot-chef Johnston, le chef de l'équipe de remballage, a été déployé avec succès en tant que Premier magasinier médical auprès de l'Op *Central*[105] ». Par la suite, « en août 1999, la DART s'est déployée en Turquie pour fournir une aide humanitaire aux victimes d'un tremblement de terre qui a lieu le 17 août 1999. Grâce aux efforts du personnel, le DCMM a déployé avec succès les provisions médicales des premiers sept jours à Trenton, afin de les expédier à bord du premier vol en partance pour la Turquie. Juste après, le DCMM a continué de soutenir le réapprovisionnement avec chaque vol de maintien en puissance. Op *Torrent* dura 38 jours, et l'essentiel de l'unité retourna au Canada le 28 septembre 1999[106]. »

104. DHH 1326-1910, Central Medical Equipment Depot, Annual Historical Report, 3 May 99.
105. *Ibid.*
106. DHH 1326-1910, Central Medical Equipment Depot, Annual Historical Report, 27 Mar 00.

Déployée, l'opération *Torrent*, en Turquie. CIIFC, RED 99-299

En ce qui concerne les opérations de la DART, un seul exemple suffira ici, mais il serait utile de le décrire en détail. Le 3 novembre 1998, le lieutenant-colonel Wayne Douglas, commandant de l'unité, fut avisé « qu'une réunion interministérielle sera tenue à 16 h pour discuter de la possibilité de déployer la DART en Amérique centrale, en réponse à des appels à l'aide en raison des dégâts provoqués par l'ouragan Mitch ». À 20 h, on crut savoir qu'il fera partie d'une équipe de reconnaissance, dirigée par le ministère des Affaires étrangères et du Commerce international, et qui examinera la faisabilité d'un déploiement DART. « Je fus également informé que le groupe de reconnaissance DART devra rester sur le terrain pour un déploiement DART normal d'une période pouvant atteindre 40 jours. » À 20 h 30, quelques membres de l'unité furent placés en état d'alerte, et il fut décidé que l'élément de reconnaissance comprendra Douglas, l'officier de liaison médicale le capitaine Cher Austin, l'officier de liaison logistique le Capitaine Derrick Williamson, et l'officier de liaison-génie, le Capitaine Steve Day. Le 4 novembre, ces officiers avaient, entre autres préparatifs, leurs armes personnelles toutes prêtes, juste avant qu'ils ne soient informés par le QGDN que, même si les armes à feu seront portées durant le déploiement, leur port n'est pas autorisé durant les opérations de reconnaissance. Le lendemain, leur avion atterrissait à Managua, et, le 10 novembre, les cinq premiers chalks de la DART arrivèrent, suivis de cinq autres le jour suivant, et d'un même nombre le 12. Le 14 novembre, le personnel déployé comptait 286 membres[107].

Les événements se précipitèrent et, le lendemain, « l'installation médicale déployée examinait son premier patient, une jeune femme blessée par balle à la hanche et à la main. Apparemment, ses blessures étaient

107. DHH, Op Central War Diary, 3914.

le résultat d'une querelle avec une voisine concernant un poulet. La clinique n'avait pas encore ouvert ses portes officiellement, quand la patiente est arrivée. L'ouverture est prévue pour demain. » De même, un autre patient « a été amené de Soto Cano à bord d'un hélicoptère Griffon, et a été envoyé à bord d'un airbus avec le ministre », qui visitait le site. La personne évacuée faisait en fait partie de l'équipe. Elle est tombée malade et « ne pouvait rester sur place, en raison des mauvaises conditions sanitaires et des niveaux élevés de chaleur/humidité. Elle a besoin d'un congé-maladie de trois semaines. » Le lendemain était plus chargé, « avec le début des opérations de secours médicales à Aguan Valley. Il s'agissait là d'une opération effectuée en sous-groupes, la clinique principale opérant à échelle réduite et les équipes médicales mixtes se déployant dans des villages plus lointains », ces équipes étant composées de personnel militaire canadien et de toutes autres personnes possédant des compétences utiles, qu'il s'agisse de praticiens médicaux locaux ou de membres d'organisations internationales non-gouvernementales. « 100 patients ont été examinés à la clinique principale… la distribution de l'eau a également commencé, ainsi que la distribution de l'aide humanitaire (provisions médicales) dans la vallée[108]. »

Le 17 octobre,

> nous avons fait le tour du site de la clinique médicale. Elle a été mise en place à un demi-kilomètre du village et était ouverte. Une foule de 50 à 60 personnes était rassemblée à la porte. L'accueil se faisait selon un système numérique modifié. Un tri rapide des clients était effectué et ceux qui avaient des besoins immédiats étaient conduits sans tarder à la clinique. Les autres recevaient des numéros et on leur demandait d'attendre d'être appelés. Une demi-douzaine d'entre eux étaient transférés de l'entrée vers une aire d'attente, sous une tente, où un traducteur leur posait des questions élémentaires relatives à leur problème. Par la suite, ils passaient à travers un processus de dépistage, et un traducteur établissait alors un dossier médical, recueillant des informations supplémentaires du patient. De là, chaque patient passait à une aire d'examen, où des assistants médicaux ou du personnel infirmier le préparaient pour l'examen par un médecin. Une fois que le médecin achevait son examen et établissait un diagnostic, des instructions étaient émises et des médicaments prescrits. La pharmacie fournissait les médicaments. La clinique examine 100 patients par jour. Il s'agit surtout de membres des communautés locales souffrant de maladies chroniques [,] non pas ceux affectés par les inondations[109].

Afin de s'occuper des soins de santé de ces derniers, la compagnie médicale a opéré de concert avec le personnel médical local ou fourni

108. DHH, Op Central War Diary, 3914.
109. *Ibid.*

par la corporation *Standard Foods*, propriétaire d'immenses surfaces agricoles dans la région. « Ils déploient des équipes médicales dans les villages lointains, par véhicule ou par camion, et établissent des cliniques quotidiennes. Nous opérons aussi des cliniques de deux jours. Après deux jours, nous passons pour les reprendre et les transporter ailleurs. Les cliniques quotidiennes examinent 300 à 400[110] » patients.

Ainsi, l'organisation fonctionnait bien, mais trois jours plus tard, il devint clair que la DART était sur le point d'atteindre les limites de ses capacités. « Les initiatives locales semblent échapper à tout contrôle. Nous devons être prudents en ce qui concerne nos tâches. J'ai appelé les officiers responsables à Ottawa pour clarifier la politique… La conversation peut être résumée comme suit : le mandat normal de la DART consiste à fournir de l'eau et un secours médical. La DART peut utiliser sa capacité supplémentaire pour aider dans des améliorations locales et pour travailler avec des initiatives locales. Cependant, elle ne devrait pas prendre en charge des projets nécessitant l'engagement de ressources à long terme… La population locale et les ONG… resteront sur place bien après notre départ… » et seraient en position de traiter des problèmes à plus long terme. (Le lecteur notera que des politiques similaires avaient été adoptées durant l'Opération *Dolomite* en Italie.) De même, une difficulté associée à cette mission découlait du fait que la DART n'avait pas encore reçu des provisions médicales, en supplément à ses provisions initiales[111]. La raison de cette situation était quelque peu mystérieuse, puisque, comme nous l'avons vu auparavant, les dépôts de matériel médical avaient réussi à emballer et à expédier le matériel en question. Le matériel n'était peut être pas suffisant, ou, plus vraisemblablement, il n'y avait pas suffisamment de capacité de transport aérien pour l'envoyer au Honduras. Si c'était bien le cas, l'affaire concernerait plutôt les capacités du DART qui, sans qu'il n'en soit responsable, devrait limiter sérieusement la portée de ses opérations.

Indépendamment de la cause, et sans s'attarder sur le point de savoir si une faute a été commise, « les travailleurs honduriens et étrangers ont tous exprimé leur étonnement quant aux petites quantités de médicaments dont disposait la DART pour ses propres opérations. *Il y a là un potentiel d'embarras pour le Canada*, vu que les provisions sont fournies aux équipes mixtes de la DART par les ONG et la Standard Fruit Company du Honduras, ainsi que par l'International Hospital for Children (l'hôpital international pour enfants) et la Robinson Foundation (la fondation Robinson). Ces organisations recherchent activement des sources de médicaments pour la DART… Nous devons, au moins, renforcer les

110. *Ibid.*
111. *Ibid.*

réserves canadiennes sur le théâtre avant que notre contribution ne soit comparée, dans les médias, à celles de nos bienfaiteurs. » Le commandant suggéra, cependant, que « l'on pourrait souligner aux ONG et aux médias que si la DART ne fournissait pas le personnel médical supplémentaire et n'assurait pas le transport des équipes médicales mixtes vers les régions lointaines, la demande pour les médicaments ne serait pas aussi élevée[112]. »

Toutefois, le lendemain, même si « l'inquiétude persiste quant au manque de médicaments », « les opérations se déroulent maintenant selon une routine consistant à fournir une aide alimentaire et comprenant le travail des équipes médicales mixtes et le fonctionnement standard d'une clinique médicale ». Quand le ministre de la Défense nationale Art Eggleton effectua un tour sur place le 22 du même mois, les visiteurs « furent impressionnés par l'installation médicale et s'intéressèrent au fait qu'elle fut décrite par les officiels locaux et par les ONG comme étant l'un des hôpitaux les mieux équipés au Honduras. » Cependant, « le laboratoire avait des difficultés à fonctionner, parce que la plupart des équipements n'apprécient ni la chaleur ni l'humidité ». À la fin de la visite, « retour au camp de la DART pour prendre les hélicoptères à destination du site de l'équipe médicale mixte se trouvant à Ceibita. Les pilotes eurent de la difficulté à reconnaître le village parmi tant d'autres dans la vallée, et nous avions survolé une bonne partie du centre de la AOR [zone de responsabilité]. La scène de dévastation était toujours très impressionnante. Nous trouvâmes Ceibita quand j'ai remarqué un couvre-chef Tilley au milieu d'un terrain de soccer. » Ce dernier « était couvert d'une couche d'herbe fine, mais était toujours humide et tendre. Cent personnes environ étaient debout sur place[113]. »

La clinique « était installée devant une maison de "boue". Il s'agissait, en fait, d'une habitation pour deux familles (une pièce pour chacune d'elles, avec entrées séparées). Ces maisons sont faites d'un double mur de poteaux séparés de deux pieds environ l'un de l'autre, horizontalement et verticalement. L'espace interne était rempli de boue ou d'un mélange de boue, de fumier ou de paille. Le tout est ensuite recouvert d'une couche lisse d'argile, qui ressemble au stucco. Il n'y avait pas de porte d'entrée et pas de vitrage sur les fenêtres. Les arbres environnants semblaient bien portants. Le propriétaire de l'une de ces deux maisons nous a remarqué que sa terre comprenait quatre vergers d'orangers, mais qu'il ne lui en restait que deux. Il n'y a ni courant électrique, ni eau, ni installation sanitaire quelconque. » Pour compléter le tableau, et selon le journal de guerre de la DART, « la ligne de l'inondation s'élevait à

112. *Ibid.*
113. *Ibid.*

hauteur de cinq pieds du mur extérieur, qui commençait à s'effondrer. Apparemment, ces murs ont été infestés par des insectes et des rongeurs qui propagent maladies et infections parmi les gens vivant à l'intérieur. » Le personnel de la clinique était composé « de deux médecins canadiens, d'une infirmière et d'un AM avec du personnel de sécurité, un couple de médecins hondurien et une pharmacie où travaillaient deux Honduriennes. Il y avait quelques tables à trois pieds, ainsi que quelques chaises et banquettes. Les patients étaient interrogés et examinés devant tout le monde et les médicaments étaient disponibles à la pharmacie. C'était primitif mais impressionnant à la fois, surtout si l'on prend en considération le nombre de personnes reçues (plus de 200)[114]. » Cela s'avèrera être la période de pointe du déploiement de la DART.

En effet, le 26 novembre, le commandant rapporta que « la clinique permanente est de moins en moins utilisée. Elle sera fermée le 28 et sera disponible pour les cas d'urgence jusqu'au 5. À cette date, nous envisageons d'en démonter la plus grande partie pour renvoi à Trenton. Les équipes médicales mixtes continueront de travailler dans les villages plus isolés de la vallée et concentreront leurs efforts sur la prévention des maladies et l'inoculation sous la supervision du ministère hondurien de la Santé. » En fait, quatre jours plus tard « les équipes médicales mixtes se trouvaient à La Paz et El Olivido pour commencer le processus d'immunisation. Elles ont noté une amélioration substantielle de la santé de la population, en général », alors que le 1er décembre, on rapporta que « la crise médicale dans la Aguan Valley diminue de jour en jour. La combinaison de prévention contre la malaria et d'eau potable a un effet véritable, sans qu'il soit impressionnant, d'absence de maladies épidémiques. » Le pire, effectivement, était passé, et « le besoin crucial de fournir des soins urgents pour les blessés et les malades n'existe plus. » Les provisions étaient alors transportées à La Ceiba pour être distribuées par CARE Canada ou par l'Agence canadienne pour le développement international et, le 3 décembre, les équipes médicales de la DART indiquèrent que la présence des équipes médicales mixtes n'était pas, non plus, requise[115].

Le lendemain, un développement inattendu survint. Le commandant reçut un appel de l'un des commandants subordonnés l'informant qu'un membre des troupes fut transporté à La Ceiba. Diagnostic : « Un cas suspect de dengue (ou fièvre rouge, également désignée en anglais par le nom de *bone breaking disease*, parce que la personne qui en est atteinte sent que ses os sont en train de casser). Une décision devrait être prise concernant son possible rapatriement médical à bord de l'un des vols

114. *Ibid.*
115. *Ibid.*

arrivant demain, après son examen par le Dr Karen Breek. » Pour ce qui a trait au rapatriement du patient vers le Canada, « il m'a été demandé de prendre en considération le fait qu'il pourrait perdre de l'argent pour chaque jour passé en dehors du théâtre, il ne lui manquait que quelques jours pour se qualifier pour sa médaille, et les membres de sa famille (de Petawawa) étaient à Toronto ; on devait informer ces derniers et ils doivent sans doute revenir à Petawawa. Toutes ces raisons avancées pour expliquer pourquoi on devait envisager de le garder dans un hôtel ici et de lui fournir le traitement médical, tel que requis — puisqu'il n'y a pas de différence entre le fait de le traiter ici ou au pays… » Dans sa réponse, le commandant s'en tint à la pratique médicale, estimant que « la décision de rapatrier cette personne serait strictement médicale et je n'essaierais pas de l'influencer. Dr Breek et Cher Austin ont décidé qu'il sera envoyé au pays à bord de l'airbus arrivant demain, parce que c'est le dernier vol prévu avant deux semaines et il serait préférable à un C130 », en fait un avion cargo CC130[116].

Et ce n'était pas tout, puisque le 5 décembre « l'histoire du patient atteint de fièvre se développe. Il est malade depuis presque trois jours. Pendant son jour de congé, il a ressenti un malaise à La Ceiba, mais il est revenu quand même sur le terrain. Il n'a rien dit avant qu'il ne devienne trop malade pour pouvoir travailler. Le diagnostic probable a été fait, et une tentative de rester sur le site a été faite », sans doute pour qu'il puisse se qualifier pour une médaille de déploiement et pour une rémunération supplémentaire. Cependant, « il était incapable de garder les anti-douleurs ou n'importe quoi d'autre » dans l'estomac, et « Dr Breek a trouvé qu'il était la personne la plus malade qu'elle ait jamais vue dans un théâtre d'opérations et elle l'a transporté dans un hôpital contractant pour examen et analyses. Elle a confirmé la nécessité de rapatrier le soldat. Il a appelé sa femme pour la mettre au courant. Elle sera appelée de nouveau, dès que l'on connaîtra l'heure de l'arrivée à Trenton, pour qu'elle puisse s'y rendre. Il restera à Trenton pour une nuit au moins. Le personnel médical de Trenton déterminera quand il pourra être déplacé[117]. » Ce sera la dernière crise à laquelle la DART fera face au cours de ce déploiement. Peu de temps plus tard, elle retourna au Canada.

L'organisation, l'entraînement et le déploiement de ce genre d'unités, telle que l'Hôpital de campagne et l'équipe d'intervention, étaient et sont toujours teintées d'une bonne dose d'ironie historique. En Corée et au plus fort de la Guerre froide durant les années 1960 le Canada ne possédait pas la capacité d'envoyer des hôpitaux de campagne à

116. *Ibid.*
117. *Ibid.*

l'étranger, et il était certainement incapable de déployer des unités dans n'importe quel coin du monde dans un délai de 48 heures. C'est uniquement à la suite de la chute de l'Union soviétique que ces unités ont été mises en place et utilisées, l'Hôpital de campagne durant la guerre du Golfe et la DART durant deux opérations de secours humanitaire vers la fin des années 1990. Il n'est pas nécessaire de chercher loin pour en trouver la raison. Entre 1950 et 1990, les forces armées du Canada considéraient l'OTAN comme étant leur centre doctrinal. Elles s'attendaient ainsi, si elles étaient sollicitées, à intc enir dans le nord-ouest de l'Europe et en Norvège. Cependant, dans la période de l'après-Guerre froide, la menace unique a cédé la place à une multitude de défis, allant d'opérations de secours humanitaires à des guerres au vrai sens du mot, tout cela exigeant une flexibilité opérationnelle que le Service médical des Forces canadiennes n'avait pas jugée nécessaire auparavant. Le résultat en est une autre ironie de l'histoire : en passant d'une responsabilité générale de la santé et du bien-être des membres du personnel, de leurs familles et d'autres personnes, à une orientation des efforts vers les aspects tactique et médical des opérations militaires canadiennes, le SMFC a dû faire face à des défis tout aussi compliqués que ceux auxquels il s'attendait dans le passé.

Épilogue

Lorsque l'auteur du présent ouvrage s'est lancé dans la rédaction de l'histoire du Service médical des Forces canadiennes après la Deuxième Guerre mondiale, certains collègues se sont demandés s'il y aurait suffisamment de matière pour un tel projet, ou bien si les praticiens médicaux avaient assez d'activités en temps de paix pour que leur histoire puisse remplir les pages d'un tel ouvrage. Notre souhait est que notre récit historique, long de plusieurs centaines de pages, a bien convaincu le lecteur que les quelque six décennies qui se sont écoulées depuis le conflit de 1939-1945 ont été bien mouvementées — du moins quelque peu — du point de vue des soins de santé, et que plusieurs leçons peuvent être tirées de cette expérience. Plutôt que de commencer à élaborer des séries de conclusions, l'auteur souhaiterait se concentrer sur une seule, à savoir que les soins médicaux sont une entreprise difficile, à l'instar des mathématiques et de la logistique ; ils sont extrêmement complexes, ce qui ne serait pas une surprise en soi, du moment que leur centre d'intérêt porte sur l'un des systèmes connus les plus compliqués : l'alliage de l'esprit et du corps humains.

À cette initiale complexité s'en ajoute une autre, les personnes relevant de la responsabilité des militaires ayant en effet varié avec le temps, ainsi d'ailleurs que les tâches accomplies. Dans l'immédiat après-guerre, il s'agissait d'individus portant l'uniforme et qui étaient relativement peu nombreux. Mais l'irruption de l'ère atomique a contraint les responsables des politiques à envisager la possibilité que les patients puissent être, pour l'essentiel, des civils en nombre impossible à décompter. Ainsi, dès 1947, les branches médicales pouvaient anticiper des responsabilités s'étirant vers l'infini. Et la guerre de Corée n'a rien changé à cet état de choses, bien qu'elle incita le gouvernement à augmenter les dépenses de la Défense, de telle façon que la période allant de 1950 à 1962 peut être en quelque sorte perçue comme celle de l'âge d'or des forces armées en général et des branches médicales en particulier.

Ce qui était peut être pour le mieux, car lorsque la guerre s'est déclenchée en 1950, les praticiens médicaux étaient déjà responsables non seulement des membres du personnel en uniforme mais aussi de leurs

familles, de même que de certains civils vivant près des installations militaires et qui n'avaient pas autrement accès aux soins médicaux. Il en a résulté que, lorsqu'il a été créé en 1959, le Service médical des Forces canadiennes s'apparentait quelque peu à un système de soins de santé provincial, plusieurs années avant que la province du Saskatchewan ne devienne la pionnière des plans d'assurance santé. Un hôpital de campagne prêt à être déployé, et dont ne disposait pas le Corps médical de l'Armée royale canadienne en Corée, semblait, de ce fait, relégué au second plan par rapport au traitement de l'alcoolisme — et, dans les circonstances qui prévalaient, il ne pouvait en être autrement.

L'âge d'or toucha à sa fin lorsque le dollar canadien perdit cinq pour cent de sa valeur en 1962 (considéré comme une crise à l'époque), provoquant un changement des priorités du gouvernement. Plus que jamais, des questions telles que les soins de santé, l'éducation et la construction de la route transcanadienne, prirent de l'importance, tandis que la Défense nationale en perdait. (En 1970, et pour la première fois depuis 1949, la Défense n'occupait plus la première place dans le chapitre des dépenses, venant derrière la Sécurité de la vieillesse, le développement économique et la dette publique.) Pour ne donner qu'un seul exemple, le Conseil de recherches pour la Défense, qui jouissait d'un statut égal aux trois services armés dans les années 1960, et qui a tant fait pour la recherche médicale, fut ramené au statut d'une division dans une branche du Quartier général de la Défense nationale, avec le budget correspondant. En même temps, le Groupe-Brigade en Allemagne, qui s'apparentait à une petite Division au milieu des années soixante, devint une force symbolique, rien de plus qu'un otage au destin, pour s'assurer que des Canadiens seraient sacrifiés aux drapeaux lors d'une invasion soviétique et que le Canada participerait à la guerre qui s'ensuivrait.

On ne devrait cependant pas exagérer l'impact que cette politique a eu sur le SMFC. Car c'est en 1969, lorsque les autres branches et formations pâtissaient le plus de la situation, que le Service médical reçut l'autorisation de mettre sur pied l'Hôpital de campagne qui lui faisait défaut depuis 1945. Il faudrait y ajouter que ses responsabilités vis-à-vis des civils furent réduites par l'entrée en vigueur des plans d'assurance-maladie provinciaux, qui prirent en charge les dossiers de ces derniers. Avant soutenu des opérations militaires dans des endroits aussi éloignés que l'Égypte, le Congo et l'Indochine, dans les années 1950 et 1960, le SMFC continua de mener de telles missions, y compris des secours humanitaires en Italie et à St-Vincent, dans les années 1970 et 1980. Nonobstant les coupures budgétaires, les praticiens médicaux avaient ainsi toujours du pain sur la planche.

La période ayant succédé à la désintégration de l'Union soviétique représente, en quelque sorte, le creux de la vague de l'histoire du Service médical des Forces canadiennes. Avec la disparition manifeste d'une menace militaire majeure et alors que le pays se débattait dans la récession, les besoins médicaux des soldats furent traités avec parcimonie, tout comme au lendemain de la Première Guerre mondiale. Comme le releva la Commission d'enquête sur la Croatie, « les soldats de l'opération *Harmony* sont revenus au moment où les Forces canadiennes procédaient à des réductions d'effectifs et de ressources. Les structures traditionnelles de soutien n'étaient pas disponibles, étaient inadéquates ou ne répondaient tout simplement pas aux besoins de ces nouveaux vétérans. » Bien plus, « nous avons été horrifiés de constater les frustrations et les traitements humiliants subis par les soldats blessés. Un grand nombre d'entre eux ont fait face à des difficultés lorsqu'il leur a fallu obtenir les soins, la considération et les indemnités qui leur étaient dus. » Tout aussi mauvais « étaient les traitements d'un grand nombre de blessés, tels que la Commission en a été informée, et qui étaient, dans le meilleur des cas, arbitraires et tout à fait inadéquats. Il s'agit là d'une situation honteuse à laquelle il faut remédier. Soulignons que ces soldats ont été blessés au moment où ils étaient au service de leur pays[1]. » Une partie de la solution était déjà toute trouvée grâce à la décision de redéfinir les priorités du Service en lui assignant la responsabilité de soutenir les déploiements au pays et outre-mer. Même là, le résultat n'en était pas une réduction des responsabilités mais tout autant une augmentation étant donné la multiplication des opérations outre-mer. Comme ces dernières comprenaient les secours humanitaires, une unité toute nouvelle fut mise en place pour mener les tâches nécessaires, la DART.

D'autres questions étaient aussi vieilles que la profession médicale dans le monde industrialisé. La confidentialité, par exemple, continuait à être une source de controverse, comme le nota la Commission d'enquête sur la Croatie. « De nombreuses personnes souffrantes ont décidé de ne pas se présenter officiellement, de peur qu'en exposant leurs problèmes de santé, elles risquent le congédiement en vertu de la règle de "l'universalité du service". Cette règle exige que chaque membre des Forces armées canadiennes soit en mesure de participer au déploiement. » De surcroît, « il y a beaucoup de confusion sur le terrain concernant le rôle de la communauté médicale militaire. Les soldats ne savent pas si le but du système médical militaire est de répondre à leurs besoins médicaux ou de veiller à l'application des règlements de l'universalité du service et d'informer le commandant des problèmes. Pour cette raison,

1. MDN, *Rapport final, Commission d'enquête Croatie*, Ian 2000, p. 5-6.

les soldats sont réticents à demander de l'aide au personnel des services médicaux. Au bout du compte, la peur des conséquences de la divulgation des renseignements médicaux remet en question la confiance que les soldats doivent accorder au système[2]. »

Le manque de confiance n'était pas inédit. Les soldats britanniques de la Première Guerre mondiale avaient été réticents à se confier à des psychiatres, de peur d'être renvoyés en France, alors même qu'ils étaient traités pour dépression nerveuse. « Tout en étant flattés par l'intérêt que leur portaient les médecins », les soldats « étaient suspicieux quant à leurs motivations[3] ». La solution pourrait consister en une méthode plus statistique pour déterminer dans quelle mesure on peut être déployé ; les commandants ont besoin de savoir combien de membres de leur personnel, notamment combien de membres de leur personnel occupant des postes clés, sont médicalement disponibles et combien doivent être remplacés, au cas où on ferait appel à l'unité avec un préavis d'un mois, d'une semaine ou de 48 heures. Ont-ils besoin de connaître les détails concernant la condition médicale ou si elle est permanente ou temporaire ? Ou est-il nécessaire tout simplement à savoir s'ils doivent demander un autre technicien de véhicule ou de trois carabiniers supplémentaires avant de se déployer avec les effectifs adéquats ?

Une autre question, qui est en quelque sorte en rapport avec celle de confidentialité, est celle des dossiers médicaux. En effet, si le SMFC doit concentrer ses efforts sur le soutien aux opérations, la manière dont il tient sa documentation concernant les répercussions que ces opérations ont sur le personnel des Forces canadiennes peut être d'une importance cruciale. Comme le releva la Commission d'enquête, « le personnel médical consigne régulièrement sur les fiches médicales des patients les risques connus pour la santé comme la consommation de tabac. Toutefois, ils n'inscrivent pas les détails des déploiements à l'étranger et les expériences traumatiques, bien que ces événements puissent mener à des problèmes médicaux uniques, notamment des maladies causées par le stress. » Les dangers possibles étaient évidents, sachant que « l'absence d'information dans les dossiers peut nuire au traitement… ». Au surplus, le besoin d'histoires écrites en détail est souligné par la nature de la relation entre le médecin et le patient dans un environnement militaire, caractérisé par « la pénurie actuelle en médecins, la fréquence des affectations des médecins et des patients et l'engagement à court terme de nombreux médecins[4] ».

2. *Ibid.*, p. 57.
3. Ben Shephard, *A War of Nerves*, Cambridge, 2001, p. 82.
4. *Ibid.*, p. 43-44.

Les quelques exemples qui précèdent illustrent ce qui a été dit dans le dernier chapitre de cette étude : le fait de se concentrer sur les opérations ne diminue pas la complexité des défis posés aux praticiens médicaux militaires canadiens. En un certain sens, le monde d'aujourd'hui n'est pas moins dur qu'à l'époque de nos ancêtres chasseurs cueilleurs, et nous comptons sur le personnel de nos forces armées pour apporter un minimum de stabilité à ce monde ou pour nous défendre lorsque cette instabilité conduit à la guerre, au terrorisme ou à des actes similaires. S'ils doivent opérer avec succès, ces soldats, ces marins et ce personnel de l'aviation doivent disposer d'un soutien adéquat, pas minimal, y compris toutes les connaissances et l'expertise que le service de santé peut apporter. Au sein de l'organisation actuelle des Forces armées canadiennes, le poste de Directeur général – Services de santé fait partie de la branche du sous-ministre adjoint, Ressources humaines (Militaire). Le SMFC doit faire en sorte que ceux qui servent leur pays soient une ressource à ne pas gaspiller.

Index

A

Adams, Audrey, 147
Aitken, Susan E., 274
Alexander, Leo, 222
Allard, J. V., 75
ambulance aérienne, 110
Ambulance Saint-Jean, 155
Ambulance Saint-Jean, 98, 154, 309
Ambulances de campagne, 17-19, 21, 46, 65-67, 116, 156, 157, 159, 182, 262, 331 ; 1re Ambulance de campagne, 302, 316, 318, 329, 330, 356, 357, 376, 377 ; 2e Ambulance de campagne, 258, 262, 313, 315, 317, 318, 320-323, 325, 356, 357, 375, 376, 389 ; 3e Ambulance de campagne, 113, 156, 158, 161 ; 4e Ambulance, 116, 118, 181-183 ; 5e Ambulance de campagne, 302, 318 ; 25e Ambulance de campagne, 44, 62 ; ambulance de campagne canadienne no 25, 45 ; 37e Ambulance, 56, 59, 62, 63 ; ambulance de campagne no 38, 64 ; 60e Ambulance de campagne indienne, 62 ; 79e Ambulance de campagne, 116
Anciens Combattants, 11, 12, 78, 89, 114, 133, 177, 197, 265, 371
Anderson, Bev, 302
Anderson, E. H., 47
Anderson, I. H., 183
Anderson, Ian, 364
Anderson, W. A. B., 147
Andrew, Colonel, 50
Andrew, J. E., 44
Apel, Otto, 47-49, 54
Arctic Research Advisory Committee, 219
Armed Forces Health Service (AFHS), 87
Armée, 20-22, 25-32, 36, 37, 42, 44, 86-96, 100-102, 104, 106, 110, 116, 117, 126, 130, 131, 134, 138, 144, 149, 150, 164, 165, 174, 177, 180, 183, 196, 212, 222, 320, 244, 251, 268, 271, 325, 383, 386
Armstrong, Barry, 364
Armstrong, E. B., 173
Association canadienne de santé publique, 12
Association de médecine aéronautique, 231, 232
Association dentaire canadienne, 12
Association des dentistes de la Défense nationale, 12
Association des infirmières et infirmiers du Canada, 12, 27
Association des officiers médicaux de la milice canadienne, 13
Association médicale canadienne, 12, 13
Association médicale de la Défense, 12, 13, 103, 270, 271, 273, 278, 301, 305
Association pharmaceutique canadienne, 30
Austin, Cher, 400
auxiliaire de bloc opératoire, 151
Aviation royale du Canada (ARC), 7, 16, 17, 21, 24, 25, 28, 31, 37-39, 41, 45, 58, 78, 79, 82, 86, 95, 100, 101, 106, 110, 113, 119, 120, 122, 126, 130, 131, 134, 138, 143, 144, 150, 165, 166, 171, 172, 174, 178-181, 183, 185, 197, 209, 210, 217, 232, 235, 251 ; 1re Division aérienne, 104, 116, 120, 183 ; 1re Escadre, 184 ; 4e Escadre, 184, 311 ; 8e Escadre, 394 ; 115 ATU [Air Transport Unit ou Unité, 238 ; 116e Unité de transport aérien, 253 ; 408e Escadron, 311 ; 427e Escadron, 313 ; 435e Escadron, 78

Aviation, 19, 25-32, 37, 42, 87, 88, 90, 91, 94, 104, 110, 144, 148, 164, 179, 212, 222, 270, 325, 360

B

Babineau, G., 239, 241
bacille de Calmette Guérin (BCG), 34, 166, 167
Barclay, I. H., 119, 175, 188
Barr, J. W., 285
Barron, R. D., 203
Bélanger, R. M., 350
Benoit, J. L., 288, 302
Benoit, Joseph Jean S. G., 171
Bensley, E. H., 132
béribéri, 238
Bernatchez, J. P. E., 217
Berubé, G. J., 303
Besley, John Keith, 180
Bio technicien, 151
Bishop, J. W., 73, 74, 75
Bomber Command, 8
Borden (base), 8
Branche des services de santé de l'ARC, 26
Branche médicale, 102
Breck, Karen, 400
Brigade de l'Ambulance Saint-Jean, 201
British Medical System, 361
Broadley, G., 95
Brown, H. E., 200
Brown, Charles H., 186
Brown, Milton, 51, 52
Bruce-Chwatt, L. J., 171
brûleurs M-37, 49
Buckley, Charles, 364
Budge, P. D., 98
Bureau de renseignement interarmées, 105
Burton, Allan C., 222, 227

C

Cambon, Naureen, 146
Cameron, Ewen, 226, 227
Cameron, G. D. W., 108
Cameron, H. L. brigadier, 32
Cameron, S. F., 310
Canadian National Rare Blood Bank, 224
CANLOG, 117
CAORE (Canadian Army Operational Research Establishment), 117, 118
Carlisle, T. H., 33, 34
Centre chirurgical avancé, 380, 381
Centre de contrôle logistique, 157
Centre de formation du Service médical, 96, 141
Centre de formation du SMFC, 113, 142, 152
Centre de formation médicale mixte, 121, 152
Centre de réadaptation, 132
Centre de recherches pour la défense, 218, 290, 357
Centre de repos divisionnaire, 73
Centre de traitement, 159
Centre médical de la Défense nationale (CMDN), 11, 140, 141, 150, 223, 224, 268, 279, 281, 282, 288, 295, 302-305, 310, 340, 343
Centre médical interarmes, 143
Centres de soutien pour trauma et stress, 385
Chalke, F. C. R., 140
Charette, Mario, 380
Charron, K. D., 112
chirurgie de campagne, 70
Chloroquin, 51
Chuwa, Capitaine, 244-246
Clark, L., 177
Clarkin, Lois, 36
Claxton, Brooke, 32, 86
Clay, Wendy, 302
Clinton, président, 367
Clostridium tetani, 165
CMFC [Conseil médical des Forces canadiennes], 126, 129
Coates, K. L., 177
Cockburn, W. F., 230
Code de discipline militaire, 34
Coke, L. brigadier, 13
Coke, W. L., 35
colique néphrétique, 175
Collège d'état-major, 201
Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada, 32, 139, 141
Comité administratif des directeurs du personnel, 31, 37
Comité central médical, 259
Comité consultatif de recherche médicale, 219
Comité consultatif des services médicaux et dentaires, 44
Comité consultatif du Service de santé et du service dentaire, 13

Comité consultatif médical, 225
Comité consultatif sur la défense contre les agents biologiques, 289
Comité consultatif sur la médecine préventive, 296
Comité consultatif sur la recherche dans l'Arctique, 219
Comité consultatif sur la recherche entomologique, 267
Comité de la recherche médicale de l'armée, 10
Comité des besoins des hôpitaux, 126
Comité des chefs d'état-major, 91, 138, 243
Comité des directeurs du personnel (CDP), 19, 26, 31, 32, 53, 86, 88, 90, 92, 93, 96, 98-102, 105, 106, 108, 120, 122, 133, 137-139, 142, 144, 148, 166, 173, 177, 210, 212-214, 266
Comité des directeurs du personnel pour l'Aviation, 148
Comité des principaux officiers d'approvisionnement, 20, 21
Comité des vice-chefs d'état-major, 152
Comité interarmes des emplois, 96, 98
Comité interarmes sur la formation mixte, 142
Comité interarmes sur la formation, 139
Comité médical d'urgence, 258
Comité médical interarmes, 19-21, 23, 24, 28-30, 32, 34, 35, 44, 53, 91, 92, 95, 105, 107, 108, 110, 122, 123, 134, 144, 166, 167, 176, 211, 222
Comité mixte du renseignement, 106
Comité sur la psychologie expérimentale, 225
Commandement de l'instruction, 104
Commandement de la Force Mobile, 252
Commandement des forces aériennes, 16
Commandement du matériel, 104
Commission Glassco, 263, 266, 267, 278
Commission médicale interarmes (CMI), 125, 129
Compagnie d'ambulance du bataillon de sauvetage, 199
Compagnie des soins médicaux avancée, 204, 205
Compagnies de sauvetage, 205
compagnies médicales : 2e Compagnie médicale, 206 ; 5e Compagnie médicale, 113, 206 ; 6e Compagnie médicale, 206, 269 ; 13e Compagnie médicale, 113 ; 23e (Hamilton) Compagnie médicale, 322 ; 23e Compagnie médicale, 321 ; 23e Compagnie médicale (Milice), 254 ; 23e Compagnie médicale de Hamilton, 321 ; 24e Compagnie médicale, 113 ; 25e (Toronto) Compagnie médicale, 322 ; 25e Compagnie médicale, 321, 322 ; Compagnie médicale/dentaire nº 73, 253 ; Ottawa Militia District Medical Platoon, 321
Connaught Laboratories, 35
Conseil canadien des hôpitaux, 12
Conseil consultatif des services médical et dentaire, 12
Conseil consultatif du service médical, 112
Conseil de l'Armée, 210
Conseil de l'Aviation, 210
Conseil de la Défense, 52, 91, 130, 134, 164, 137
Conseil de la Marine, 99, 210
Conseil de politique du médecin-chef, 134
Conseil de recherches pour la défense, 12, 34, 35, 82, 166, 210, 212-214, 216, 217, 221, 222, 225, 226, 228, 231, 233, 235, 267, 404
Conseil de santé des Forces canadiennes, 128
Conseil du Trésor, 131, 134, 139
Conseil médical de révision des carrières, 287
Conseil médical des forces armées, 91
Conseil médical des Forces canadiennes (CFMC), 112, 126, 127, 132, 138, 139, 141, 143, 145, 243, 269, 278
Conseil national de recherches, 10, 89, 225
Contingent canadien de l'Autorité provisoire des Nations Unies au Cambodge, 375
Contingent canadien de la Force de protection, 375
Cooper, George, 227
Coordonnateur du Service de la protection civile, 12
Corbet, A. A. G., 88
Corbet, Philip S., 267
Corée, 11, 42, 43, 45, 46, 49, 50-53, 55, 59, 60, 61, 64, 66, 67, 69-72, 75, 76, 78, 81, 83, 85, 107, 108, 116,

121, 136, 161, 171, 209, 224, 226, 229, 237, 262, 263, 332, 333, 350, 353, 354, 366, 372, 378, 385, 400, 404
Corée, guerre de, 17, 44
Corps de défense mobile (CDM), 198
Corps de formation des officiers canadien, 148
Corps de santé royal canadien, 36, 44, 69, 77
Corps de service aéroporté, 159
Corps dentaire, 142
Corps des aumôniers, 142
Corps médical de l'Armée royale canadienne (CMAR), 7, 8, 56, 93, 132, 145, 152, 153, 159, 161, 180, 240, 404
Corps médical de l'Armée royale, 198, 200
Corps royal canadien de génie électrique et mécanique, 43
Corps royal de l'intendance de l'Armée canadienne, 43, 61
Couture, J. F. P., 181
Crawford, J. N. B., 112
Croix de Victoria, 55
Croix-Rouge, 53, 107, 108, 154, 224, 347, 379, 388
Crymble, C., 283
Curreri, Dr, 108
Currie, J. F., 290
Cyr, Joseph, 42, 43

D

DaCosta, J. M., 372
DART, 392-395, 397, 399, 401, 405
Dauphinée, W. E., 332
Davidson, A. M., 123
Day, Steve, 395
DDT, 16, 172, 286
Defence Medical and Dental Services Advisory Board, 12
Demara, Ferdinand, 42, 43
dengue, 238, 260
Dépôt central de fournitures médicales nº 1, 22
Dépôt central de matériel médical (DCMM), 22, 113, 272, 275, 276, 336, 354, 355, 387-389, 391-394
dépôts avancés de matériel médical, 319
DAMM, 354
dépôts de matériel médical (Nº 1 Central Medical Stores), 22
Dépôts de matériel médical des Forces canadiennes, 272
Dépôts régionaux de matériel médical (DRMM), 22, 272, 276-278, 389
Deuxième Guerre mondiale, 9, 11, 17, 20, 22, 24, 29, 33-35, 41, 42, 44, 46, 51, 53, 58, 81-83, 85-87, 89, 108, 111, 117, 121, 129, 131, 136, 169, 173, 181, 191, 198, 215, 222, 224, 230, 331, 333, 334, 353, 357, 358, 362, 366, 384, 386, 403
DEW, réseau, 147
Dieppe, raid, 20
diphtérie, 260
Directeur adjoint des services de santé, 56
Directeur des Services de la santé de l'Aviation (ARC), 12, 29
Directeur général des Services de santé, 21
Directeur général des services médicaux communs, 92
Directeur général des Services médicaux de l'Armée, 28
Directeur général des Services médicaux et des services de santé (Aviation), 26
Directeur général des Services médicaux, 12
Directeur général du service de santé pour l'ARC, 123
Directeur général du service de santé pour l'armée, 123
Directeur général du service de traitement pour le ministère des Anciens Combattants, 12
Directeur général du Service dentaire, 12
Directeur général du Service médical de la Marine, 12
Directeur général du Service médical, 13, 166, 197
Directeur général médical des forces de défense, 87
Directeur général-Services médicaux (Armée), 29
Direction de l'administration, 33
Direction de la sélection du personnel, 141
Directorate of Medical Plans and Requirements, 332

Douglas, Wayne, 395
Doyle, Dorothy, 49
Drury, C. M., 163, 164
Ducharme, Sdt, 76

E

Ecole de combat du Royal Canadian Regiment, 380
Ecole du Corps médical de l'Armée royale canadienne, 64
Ecole du Service médical, 307, 309, 320
Eggleton, Art, 398
Elliott, W. J., 103
English, Allan, 384, 386
Equipe d'intervention en cas de catastrophe, 393 (voir aussi DART)
Equipe de liaison médicale nationale, 376
equipes chirurgicales, 68, 72 ; 5e Equipe chirurgicale de campagne, 77 ; 25e Equipe chirurgicale de campagne, 108
exercises : Bravelion, 326 ; Brave Paratum, 339, 343 ; Bring 'Em Back Alive, 316 ; Challenge Paratum, 340, 348 ; Chase, 335 ; Cool Stool, 340 ; Counter Power, 158 ; Encore Paratum, 350 ; Falcon, 326 ; Falles, 109 ; Field Goal, 156 ; Frosty Warrior, 316 ; Ground Power, 156, 157 ; Lightning Strike, 159 ; Maple Spring, 66, 173, 175, 189, 193, 194 ; Medical Broad Front II, 65 ; Medical Broad Sword, 198 ; Mobile Medic, 340 ; Mobile Warrior, 339 ; New Viking, 290, 291 ; On Guard, 321 ; Open Door, 335, 336 ; Paregoric, 47 ; Post Haste, 200 ; Praetorium Pacis II, 247 ; Proud Flag '91, 319, 320 ; Rapier Thrust, 316 ; Renard Bleu, 160, 161 ; Rendez-Vous (RV), 323, 324, 325, 326, 339, 341, 343, 344, 345, 346, 347, 349, 350, 351, 373, 374 ; Response Speciale, 313 ; Running Deer, 320 ; Running Jump II, 339 ; Running Jump III, 335 ; Smash I, 339 ; Smash II, 339 ; Spot Check 3, 158 ; Springfire I, 322 ; Springfire II, 322 ; Starfighter, 326 ; Starlight Anchor, 326 ; Starlight Flight, 320 ; Starlight Mukluk, 317, 319, 323 ; Starlight Serenade, 325 ; Sudden Clash, 158 ; Svelte Nordic, 318 ; Sweetbriar, 21 ; Thunderbird, 157 ; Thunderbolt '91, 320 ; Tocsin, 207 ; Trial Chace II, 318 ; Vacuum, 218

F

Fader, Herbert (Dutch), 38
Farmer, G. R. D., 88
Fenz, Walter D., 231
fievre des tranchées, 35
fievre jaune, 260
fievre virale hémorragique, 50
filariose, 238
Fitch, M., 115, 124
Fitzgerald, E. Keith, 247
Fitzgerald, Mary Joan, 78
Fitzgerald, rapport, 250
FMC (Force mobile), 104, 252, 268, 271, 285, 325, 350-352
Force d'urgence des Nations Unies (FUNU), 238-240, 254
Force permanente, 113
Force reguliere, 28, 130, 136, 270, 305, 320, 323, 365
Forces alliées de l'Europe centrale (AFCE), 118
Forces canadiennes Europe, 256
Forces canadiennes, 97, 104, 116, 128, 135, 136, 139, 163, 170, 243, 299, 353, 392, 405, 406
formations : Eighth Army, 48 ; 1 Armoured Division, 360, 361 ; 1 Comwel Div [Division du Commonwealth], 62 ; 1re Division du Commonwealth, 43, 55, 69 ; Div Comwel, 66, 67 ; Division du Commonwealth, 44, 73, 77 ; 1re Division canadienne, 373 ; 1re Division d'infanterie canadienne, 117 ; 1re Groupe de combat, 218 ; 1re Groupe-Brigade de l'Infanterie canadienne, 156, 157 ; 2 GBIC, 181 ; 2e Groupe-Brigade de l'Infanterie, 200 ; 4e GBIC, 117, 118 ; 4e Groupe-Brigade d'Infanterie canadienne, 104, 117 ; 4e Groupe-Brigade mécanise, 254, 359 ; 7 Armoured Brigade, 361 ; 25e Brigade d'infanterie canadienne, 44, 62, 75 ; 25e Groupe-Brigade de l'Infanterie canadienne, 75 ; 25e Groupe-Brigade d'infanterie canadienne, 65, 81 ;

27e Groupe-Brigade d'infanterie canadienne, 65 ; Groupe-Brigade en Europe, 85
Foulkes, Charles, 91-93, 138, 196
Foulkes, Richard, 179
Franks, Wilbur, 234

G

Gagné, Marielle, 387
Gaist, H., 65
Galloway, J. D., 66
Gamble, W. A., 216
Gazley, L. A., 187
Gendarmerie royale du Canada, 40
Gibson, W. C., 58
Gilbert, J. E., 159
Gill, Patricia, 36, 308
Glynn, J. J., 65
Goddard, R. I., 218
Gordon, R. C., 16
Gowette, 185, 186, 187, 188, 191
Gowthorpe, Rebecca, 362, 363
Grand Quartier général des Puissances alliées en Europe, 118
Griffin, J. D., 10
Groupe d'examen des métiers du Service médical, 150
Groupe médical, 302, 355, 383
groupe mobile de survie, 201
Groupe opérationnel de la Marine, 355
Groves, S. T., 362
Gruenther, Alfred M., 120
Grumberg, Frederic, 228
Guerre de Crimée, 121
guerre du Golfe, 106, 209, 235, 262, 302, 355, 358, 366, 367-373, 401
guerre froide, 42

H

Halifax, 278
Hall, G. E., 110, 111, 123, 129, 135, 145
Hamilton, J. D., 135
Hanson, G. E., 375
Hantaan (virus), 50
Harkness, D. S., 134
Hebb, D. O., 225, 226, 228, 229
hépatite, 175
Hesler, R. C., 321, 322
Hilary, Jaeger, 302
Hiller, Stanley, 58
Hiroshima, 14
Holden, Wendy, 386
Holger-Nielsen, méthode de, 153, 154
Hôpital des Forces canadiennes Europe, 283, 284, 326, 329
hôpital du Camp Shilo, 36
hôpital du Commonwealth, 29, 45, 50, 72, 73, 75
hôpital Rockliffe du MDN, 125
hôpitaux de campagne : 48, 73, 83, 119, 352, 363, 382, 393, 404, 1re HCA, 350, 351, 361, 362 ; 1re HCLC, 340-342, 344, 346-348 ; 1re Hôpital canadien de campagne, 333, 336 ; 1re Hôpital chirurgical, 350, 359 ; 1re Hôpital de campagne, 302, 335, 337-339, 355, 357, 362, 374, 380, 383 ; 1re Hôpital de campagne léger du Canada, 318, 339, 349 ; 1re Hôpital général canadien, 118 ; 2 Field Hospital RAMC, 340 ; 2e Hôpital de campagne, 340 ; 22 Field Hosp, 361 ; 32 British Field Hospital, 365 ; 32 Fd Hosp, 363 ; 32 Field Hospital, 361 ; 32e Hôpital, 364 ; 121e Hôpital d'évacuation américain, 67 ; 121st US Evac Hosp, 67 ; 313e Hôpital de campagne, 356 ; MASH (Mobile Army Surgical Hospital), 56, 71, 72 ; 8055 Hôpital de campagne, 61 ; 8228e MASH américain, 68
Hotchin, Robert, 42, 43
Hunter, K. A., 44, 92, 100, 125, 129, 136, 143
Hyams, Kenneth C., 366, 367
Hyatt, W. M., 375

I

infirmeries de campagne, 19, 44, 46, 69, 56, 67, 77, 83 ; 23e FDS, 75 ; 23e Infirmerie de campagne, 74 ; 25e FDS, 62, 65 ; 25e Infirmerie de campagne, 49, 59, 60, 67, 68
Institut de médecine aéronautique (ou IMA), 123, 268
Institut de médecine environnementale pour la défense, 268
Institute of Aviation Medicine, 17
Intendance militaire canadienne, 156

J

Jackson, John R., 223, 224

Jaffey, B. D., 56, 57
Jamieson, Red, 38, 39
Jerome, J. G., 375
Junkins, E. R., 269

K

Kavanagh, M. F., 377
Kavanagh, Marg, 302
Kelham, Langdale, 9
Kerr, J. G., 93, 131
Keyton, 211, 217
Keyton, J. E., 210
Kidd, D. J., 142
King, Amadeus Charles, 181
Knight, C. J., 289
Kotlarz, J., 362

L

Labbé, J. L., 379
Laboratoires médicaux de recherches pour la défense, 231, 232
Lambert, C. A., 314
Lavoie, M. P., 306
Leach, Wilson George, 234, 235
Légion royale canadienne, 166, 167
leishmaniose, 260
lepre, 238
Ligue anti-TB, 34
Liverpool, D', 258
Loi sur le contrôle de l'énergie atomique, 98
Lower, Arthur, 42

M

MacFarlane, J. A., 90, 110, 123, 129, 132
MacInnes, J. A., 279
Mackay, I. M., 270
Mackenzie, W. C., 110, 123
Macklin, W. H. S., 75, 106, 107, 110
MacNeil, R. G., 164
Mahoney, J. A., 105
Mahoney, Paul, 194
maladies transmises sexuellement (MTS), 18, 19, 33-35, 51-54, 62, 66, 81, 187, 189, 194, 241, 244, 245, 261, 345
malaria, 51, 170-172, 241, 244
Maloney, J., 281
Margaret Hague Maternity Hospital, 36
Marine (canadienne), 20, 25-30, 32, 86-88, 90-92, 94-96, 98, 99, 104, 106, 110, 131, 138, 144, 164, 177, 186, 196, 212, 222, 244, 270, 278, 300, 325, 354, 360
Marine royale du Canada : 7, 42, 150, 210, 225, 263 ; CANCORTRON 1, 194 ; CANCORTRON 3, 194 (voir aussi MRC)
Martin, Paul, père, 36
Mathieu, Lise, 302
McCallum, Archibald, 44, 88
McCannel, J. S., 125, 155
McCauley, G. F., 284
McKie, J., 322
McLean, T. B., 95, 102, 142, 148, 149, 153, 154, 165, 170, 173, 177, 209, 210, 264, 265, 266
McLearn, H. A., 122
McLeod, E. C., 189
McNally, N. H., 161
McQuaig, K. D., 156
Médaille de conduite distinguée, 55
Menecces, colonel, 74
Meyers, Edward C., 42
Michaud, B. P. J., 375
Milice, 204, 322, 351, 365, 390
Miller, Anthony, 370
Miller, F. R., 110
Mills, Gordon W., 27
ministère de l'Aviation britannique, 16
ministère de la Défense nationale (MDN), 23, 37, 81, 90, 97, 98, 112-114, 126, 171, 173, 196, 197, 224, 226, 263, 310, 370, 371
ministère de la Production de la Défense, 263
ministère de la Santé et du Bien-Être, 347 (voir aussi Santé et Bien-Être social)
ministère de la Santé nationale, 89, 276
ministère des Anciens Combattants, 9, 28, 30
ministère des Approvisionnements et Services, 85
ministère du Travail, 12
ministre de la Défense nationale, 32
ministre de la Santé et du Bien-Être, 36
Mission britannique des services interarmées, 16
Mission militaire canadienne, Extrême-Orient, 43
Moffat, C. T., 375
Moneypenny, R. B., 359

Moore, R. E., 256
Morgan Smith, G. L., 124, 204
Morgan-Smith, 74
Morton, Desmond, 41, 85
Morton, W. N., 227
MRC, 41, 43, 86, 90, 95, 96, 98-100, 116, 123, 126, 130, 134, 138, 142, 152, 164, 175, 185, 188, 193, 218, 251 (voir aussi Marine royale du Canada)
MUST (Medical Unit Self-contained Transportable), 333, 334, 336, 338

N

Nagasaki, 14
Nations Unies, 41, 53, 163, 171, 240, 242, 247, 250, 261, 275, 386, 388, 389, 392
navires : Acheron, 186, 193 ; Algonquin, 278 ; Antigonish, 175 ; Bonaventure, 175, 176, 185-196, 300 ; Cayuga, 42, 43 ; Fraser, 390 ; Gatineau, 278, 390 ; Iroquois, 278 ; Nipigon, 186, 195, 196 ; Preserver, 278, 379, 390 ; Protecteur, 356, 368 ; Provider, 187, 188 ; Stettler, 175, 195
Neil, Elizabeth Pense, 76
Newberry, P. D., 142
Nicholson, G. W. L., 70, 78
Nodwell, R. J., 238
Noy, Shabtai, 386

O

O'Hara, W. J., 244, 245, 456
OGC (ou officiers généraux commandants), 102
Oliver, M. S., 335
ONU (Organisation des Nations Unies), voir Nations Unies
opérations : Abalone, 258 ; Alliance, 392 ; Assist, 387 ; Bolster, 387 ; Broadsword, 359 ; Cavalier, 374, 376, 377, 390 ; Central, 394 ; Cobra, 377, 392 ; Cordon, 374 ; Danaca, 252 ; Délivrance, 375, 378, 380 ; Dolomite, 254, 256, 258, 397 ; Forum, 388 ; Friction, 278, 302, 369, 371, 372, 387 ; Granby, 359 ; Guam, 275 ; Harmony, 375-377, 381, 385, 405 ; Hugo, 387 ; Hurricane, 392 ; Lance, 381 ; Mandarin, 376, 377 ; Marquis, 375, 388 ; Matador, 262 ; Noble Lion, 387 ; Palladium, 311 ; Passage, 381, 389 ; Pastel, 387 ; Phoenix, 390, 391 ; Phyton, 387 ; Preserver, 387 ; Record, 387 ; Salon, 276 ; Sharp Guard, 390 ; Snowgoose, 262 ; Sultan, 262, 275 ; Torrent, 394 ; Vagabond, 260
Opérations hors-guerre, 383
Ordonnances et règlements royaux (Air), 122
Ordonnances et règlements royaux, 34, 140
Ordonnances médicales des Forces canadiennes, 248
Organisation mondiale de la Santé (OMS), 224, 261, 392
OTAN (Organisation du Traité de l'Atlantique Nord), 116, 118, 120, 146, 163, 210, 274, 283, 299, 308, 328, 338, 339, 380, 401

P

Palmer, R., 344
paludisme, 171, 260
Paludrine, 51
Patterson, Rebecca, 307
Pearce, J. W., 231
Pearkes, George, 168, 169
Penney, Montgomery, 377, 378
Perisano, Margarita, 255
Plan de défense d'urgence, 114
Plan de formation de la médecine militaire, 136
plan de Survie nationale, 204
Plan Rouge, 113
Plan Vert, 113
pneumonie, 238
point de chargement des ambulances (PCA), 199
Poole, Ernest William, 54, 55, 56
poste d'évacuation des blessés (PEB), 18
poste d'évacuation sanitaire n° 1, 63
poste de rassemblement des blessés (PRB), 57, 60, 63, 326-328
poste de secours avancé (PSA), 18, 60
poste de secours régimentaire (PSR), 17
poste mobile de premiers soins civil, 199
poste sanitaire d'unité (PSU), 319
postes d'évacuation sanitaire, 65
postes de commandement, 65

Première Guerre mondiale, 33, 41, 51, 59, 165, 201, 214, 224, 299, 405, 406
Primaquine, 51
Principal Medical Equipment Depot, ou Dépôt principal, 388
Programme d'instruction à l'intention des médecins, 300
Pusan, 47
Pusan, pont de, 41

Q

Quartier général de l'Armée, 52, 168
Quartier général de la Défense nationale, 99, 102, 103, 115, 123, 252, 258, 395
Quartier général du Groupe médical, 355
Quartier général interarmées des Forces canadienne, 262

R

Rassel, J. R., 140
Rayons X, 73, 128, 179, 188, 253, 272, 274, 275, 334, 342, 355, 363, 374, 379, 390
Recherche et sauvetage (SAR), 37
recherche opérationnelle de l'armee canadienne, 81
Reed, W. A., 182, 183
Réserve, 28, 113, 142, 165, 166, 254
Rhodes Chalke, F. C, 227
Rice, G. H., 337
Richardson, James, 283
rickettsie, 35
Roberts, R. H., 269
Robinson, S. M., 307
Rockingham, J. M., 53
Rogers, J. W., 116
Royal Air Force, 87
Royal Army Medical College, 142
Royal Army Medical Corps, 292
Royal Life Saving Society of Great Britain, 154
Royal Navy, 87
Ryder, Vernon L., 144

S

Sachs, A. (brigadier-général), 15, 16
Salamanders (coréens), 43
salles d'examen médical (ou SEM), 46, 89, 100, 179, 240, 262
Sampson, F. A., 17
Samson, Mathieu, 110, 123
Santé nationale, 108
Savard, Marianne, 302
Schuler, W. W., 334
Scott, Ken, 371
Secteur central de la Milice, 321
sections médicales aéroportées : 1re Section médicale aéroportée, 113, 159 ; 2e Section médicale aéroporté, 113 ; 182 ; 3e Section médicale aéroportée, 113, 124
Service de santé, 21, 32, 56
Service médical de l'Armée canadienne, 238
service médical de l'Armée de l'air américaine, 44
Service médical des Forces canadiennes (SMFC), 92-101, 103, 105, 113, 114, 116-118, 121, 127, 134-137, 139-141, 150-154, 161, 163, 177, 183, 207, 209, 239, 243, 254, 260, 262, 263, 265, 266, 268, 270, 273, 284-286, 289, 292, 295, 297, 299-302, 308, 313, 317, 322, 325, 332, 335, 341, 352, 365, 366, 381, 382, 387, 393, 401, 403, 404, 407
Services d'urgences de santé (SUS), 389, 393
Services des santé de la protection civile, 112
Services médicaux des forces armées canadiennes, 13, 32
SHAPE, 120
shell shock, 367
Simonds, G. G., 110
Slavik, R., 251, 252
Sly, L. E., 326, 327
Snarr, W. B., 230
Société royale du Canada, 222
Solandt, O. M., 226, 228
Soldano, Humberto A. O., 17
Soper, D., 189
Spacher, William A., 108
Stanbury, Dr, 53
Station médicale avancée, 314
Stevenson, W. J. C., 142
Stickley, R. L., 329
Stress du champ de bataille, 230
stress posttraumatique, 366, 369, 385
Survie nationale, 113, 114, 207
Symond, S. L., 238
Syndrome de la guerre du Golfe, 366

syphilis, 51, 52
système NAEW, 171

T

TABTD (vaccin), 109
Technicien de laboratoire, 151
Technicien en hygiène, 150
Technicien en radiologie, 151
Technicien en recherche et sauvetage (SAR T), 38
Technicienne de laboratoire, 151
Technicienne en radiologie, 151
Technique Huggins, 223, 224
Tedlie, A. J., 242
TEMS (système de tentes), 339, 350
test tuberculinique, 167
tétanos, 165, 260
Tizard, Henry, 225
trachome, 238
tuberculose, 35
typhoïde, 179, 238, 260
typhus, 35, 238
Tyrrell, D., 258

U

Underhill, Frank, 42
Unité d'intervention internationale (UII), 393
Unité dentaire nº 50, 206
Unité médicale de la zone de communications du Commonwealth, 76
unités blindée : Lord Strathcona's Horse, 156, 158 ; Royal Canadian Dragoons (RCD), 262, 320
unités d'appui : 1er Bataillon des services, 317 ; 1er Régiment de Génie du Canada, 317, 376 ; 2e Bataillon des services, 313, 337 ; 2e régiment de Génie du Canada, 313 ; 3e Escadron du génie de campagne, 158 ; 4e régiment de Génie du Canada, 375 ; 9e Compagnie du Corps royal de l'intendance, 182 ; 38e Colonne ambulancière motorisée du Canada, 61 ; 73e Unité de transmissions, 253 ; 73e Unité des services (logistiques), 253 ; 89e Unité de logistique, 262 ; Bataillon des services de Brigade expérimental, 125 ; Colonne mobile de soutien, 203 ; 2e Peloton de police militaire, 313
unités d'artillerie : 1 Royal Canadian Horse Artillery, 327 ; 2e RCHA, 313 ; 2 Royal Canadian Horse Artillery, 158, 313 ; 129e Détachement anti-aérien, 329
unités d'infanterie : Canadian Guards, 250 ; Princess Patricia's Canadian Light Infantry (PPCLI), 59, 63, 76, 158, 376 ; QOR of C (Queen's Own Rifles of Canada), 157, 158 ; R22eR [Royal 22e Régiment], 62, 160, 375, 377 ; Régiment aéroporté du Canada (RAC), 374, 376, 380 ; RAR [Royal Australian Regiment], 65 ; Royal Canadian Regiment (RCR), 54, 63, 65, 249, 250, 262, 320, 362, 374, 375 ; 1 Royal Welsh Fusiliers, 157
urétrite, 52

V

Vanner, G. A., 66
variole, 165

W

Walsh, W. A, 37
Watson, Brent, 59
Watson, Dr, 222
Watson, Sandy, 26
Weeks, E. G., 87
Whelan, G. E., 375
Whillans, M. G., 221, 222
Wickett, J. C., 184
Wiggin, N. J. B., 232
Williamson, Derrick, 395
Wills, W. J., 224
Winmill, M. A. E., 268
Woodcock, Alan H., 219
Woodman, Grace, 38, 39
WREN (service féminin de la marine), 177
Wright, Harold M., 39, 45
Wynne, Dick, 38, 39, 40

Y

Young, Bruce Harold Brown, 132
Young, W. J. F., 155, 207

Z

Ziegler, Isabel, 79, 80
Zimmerman, Barry E., 50
Zimmerman, David J., 50

Table des matières

Prologue 7

Chapitre un
La fin d'une guerre 9

Chapitre deux
La Corée 41

Chapitre trois
Au cœur de la guerre froide 85

Chapitre quatre
Gestion du personnel au début de la guerre froide 129

Chapitre cinq
Opérations de la Guerre froide, réelles et potentielles 163

Chapitre six
Recherche médicale 209

Chapitre sept
Intervention internationale 237

Chapitre huit
Les dernières années de la Guerre froide :
infrastructure, soins de santé et traitement des victimes 263

Chapitre neuf
La préparation à la guerre : le recrutement,
la formation et l'hôpital de campagne durant
les dernières années de la Guerre froide 299

Chapitre dix
Les lendemains de la Guerre froide 353

Epilogue 403

Index 409

la fin de 1945, les pays de l'Axe avaient capitulé et le Canada, qui avait vu 1,1 million de ses citoyens porter l'uniforme, cherchait à retourner à la vie de temps de paix. Les trois branches médicales de l'armée, de la marine et de l'aviation furent substantiellement réduites.

a paix, toutefois, s'est avérée illusoire. La guerre éclata en Corée, des forces furent envoyées en Europe et les branches médicales se retrouvèrent à fournir des soins non seulement à un plus grand nombre de soldats, marins et aviateurs, mais également à leurs familles. Au même moment, ce qui devint les Services de santé des Forces canadiennes prodigua des soins aux civils qui vivaient près des stations isolées et aux victimes de catastrophes naturelles. Les missions d'observateurs ou de gardiens de la paix ainsi que d'autres missions à l'étranger, souvent dans des coins reculés du globe, ont toutes posé des défis particuliers.

es mille et un défis de la paix suit les expériences des praticiens et praticiennes médicaux des Forces canadiennes, alors qu'ils ont dû faire face aux questions de recrutement, d'entraînement, de logistique, de recherche et, évidemment, aux opérations dans le monde compliqué de l'après-guerre.

Auteur de La mort pour ennemi. La médecine militaire canadienne, Bill Rawling est historien au ministère de la Défense nationale.

ISBN 0-660-96873-8
9 780660 968735

Canada